

Aus dem Institut für Allgemeinmedizin, Präventive und Rehabilitative Medizin

Geschäftsführende Direktorin Prof. Dr. med. Erika Baum

Des Fachbereichs Medizin der Philipps-Universität Marburg

Patienten beim Hausarzt:
Kulturelle Unterschiede bezüglich der
Erwartungen und Erfahrungen

Inaugural-Dissertation zur Erlangung des Doktorgrades der gesamten Humanmedizin

Dem Fachbereich Medizin der Philipps-Universität Marburg vorgelegt von

Michael Völkner aus Gießen

Marburg, 2015

Angenommen vom Fachbereich Medizin der Philipps-Universität Marburg

am 30.01.2015

Gedruckt mit Genehmigung des Fachbereichs.

Dekan: Herr Prof. Dr. H. Schäfer

Referent: Herr PD Dr. S. Bösner

1. Korreferent: Herr PD Dr. M. Knipper

Originaldokument gespeichert auf dem Publikationsserver der
Philipps-Universität Marburg
<http://archiv.ub.uni-marburg.de>



Dieses Werk bzw. Inhalt steht unter einer
Creative Commons
Namensnennung
Keine kommerzielle Nutzung
Weitergabe unter gleichen Bedingungen
3.0 Deutschland Lizenz.

Die vollständige Lizenz finden Sie unter:
<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/de/>

Inhalt

1. Einleitung	7
1.1. Begriffsdefinitionen	9
1.2. Geschichtlicher Hintergrund	10
1.3. Aktuelle Situation der russischsprachigen Bevölkerung	12
1.4. Fragestellung	14
2. Methode	15
2.1. Auswahl des Verfahrens	15
2.1.1. Die Theorie des problemzentrierten Interviews	17
2.1.2. Interviewleitfaden	18
2.2. Datenerhebung	20
2.2.1. Rekrutierung der Stichproben	20
2.2.2. Durchführung des Interviews	21
2.2.3. Aufzeichnung per Tonträger	22
2.2.4. Transkription der Interviews	22
2.3. Datenschutz und Ethik	24
2.4. Auswertungsverfahren	25
2.4.1. Theoretischer Hintergrund qualitativer Inhaltsanalyse	25

2.4.2.	Erstellung der Codes.....	26
2.4.3.	Erstellung der Subcodes und Codierung mittels MAXQDA®	28
3.	Ergebnisse	29
3.1.	Zusammensetzung der Stichprobe	29
3.2.	Zufriedenheit mit dem Hausarzt	31
3.2.1.	Strukturell	32
3.2.2.	Fachlich	34
3.2.3.	Menschlich	35
3.2.4.	Fazit	36
3.3.	Schwierigkeiten in der hausärztlichen Konsultation.....	37
3.3.1.	Sprachliche Barriere	37
3.3.2.	Erwartungen an die Behandlung	38
3.3.3.	Zeitliche Aspekte	39
3.3.4.	Auftritt des Arztes	39
3.3.5.	Fazit	40
3.4.	Inanspruchnahmeverhalten	40
3.4.1.	Häufigkeit der Arztbesuche	41
3.4.2.	Anlass der Arztbesuche	41

3.4.3.	Fazit	43
3.5.	Gründe für Arztwechsel	43
3.5.1.	Ortswechsel	44
3.5.2.	Unzufriedenheit	44
3.5.3.	Praxispersonal	46
3.5.4.	Sprache und Geschlecht	47
3.5.5.	Fazit	48
3.6.	Compliance	48
3.6.1.	Medikamenteneinnahme	49
3.6.2.	Verhaltensänderung	51
3.6.3.	Fazit	52
3.7.	Eigeninitiative	53
3.7.1.	Aktiv	53
3.7.2.	Passiv	56
3.7.3.	Fazit	58
3.8.	Nutzung von alternativen Heilverfahren	59
3.8.1.	Ablehnende Haltung	60
3.8.2.	Nahrungsergänzungsmittel	60

3.8.3.	Hausmittel und Kräuter	61
3.8.4.	Homöopathie, TCM – institutionelle Medizin	62
3.8.5.	Wunderheiler	63
3.8.6.	Fazit	64
3.9.	Der ideale Hausarzt.....	64
3.9.1.	Fachliche Kompetenz	65
3.9.2.	Menschliche Qualitäten	66
3.9.3.	Unterschiedliche Ansprüche an den idealen Arzt.....	68
3.9.4.	Fazit	71
3.10.	Behandlung im Ausland – Überlegung, Erfahrung, gezielte Nutzung	71
3.10.1.	Erfahrung mit medizinischer Behandlung im Ausland	71
3.10.2.	Überlegung, ob man sich im Ausland behandeln lassen soll	73
3.10.3.	Gezielte Nutzung von medizinischen Angeboten im Ausland.....	77
3.10.4.	Fazit	78
3.11.	Gründe für mangelnde Informiertheit.....	79
3.11.1.	Patienten mit Migrationshintergrund.....	79
3.11.2.	Deutsche Patienten	84
3.11.3.	Fazit	85

4.	Diskussion	85
4.1.	Methode	85
4.2.	Stichprobenanalyse	89
4.3.	Patientenzufriedenheit	91
4.4.	Schwierigkeiten in der hausärztlichen Konsultation.....	94
4.5.	Inanspruchnahmeverhalten	96
4.6.	Arztwechsel	97
4.7.	Compliance	99
4.8.	Eigeninitiative	101
4.9.	Nutzung alternativer Heilmethoden.....	103
4.10.	Der ideale Hausarzt.....	105
4.11.	Medizinische Behandlung im Ausland	107
4.12.	Gründe für mangelnde Informiertheit.....	110
4.13.	Ausblick	112
5.	Zusammenfassung	114
5.1.	Deutsche Fassung	114
5.2.	Englische Fassung.....	116
6.	Literaturverzeichnis	118

7. Anhang	124
7.1. Interviewleitfaden	124
7.2. Informationsblatt Arzt.....	125
7.3. Informationsblatt Patient.....	127
7.4. Einverständniserklärung Patient	129
7.5. Entbindung der Schweigepflicht.....	130
7.6. Codebaum	131
7.7. Tabellarische Stichprobenbeschreibung	133

Zur Vereinfachung der Lesbarkeit wird in der gesamten Arbeit auf die Schreibweise in weiblicher und männlicher Deklination verzichtet. In der Regel wird die männliche Form für beide Geschlechter genutzt.

1. Einleitung

Nach aktuellen Zahlen der Bundeszentrale für politische Bildung leben derzeit 3,2 Millionen Bundesbürger in Deutschland, welche unter dem Status eines Aussiedlers bzw. Spätaussiedlers nach Deutschland immigriert sind (Bundeszentrale für Politische Bildung 2013; Tselmin et al. 2007). Zur gesundheitlichen Lage dieses Bevölkerungsanteils sind bisher kaum verwendbare Daten verfügbar (Kornischka et al. 2008; Bungartz et al. 2011). In der derzeitigen Forschung sind diese Patienten somit weitestgehend unterrepräsentiert.

Dies erstaunt umso mehr, da hier eine Bevölkerungsgruppe existiert, welche in Bezug auf Krankheit und Gesundheitsverhalten im Vergleich zur Mehrheit der restlichen deutschen Bevölkerung grundlegend unterschiedlich sozialisiert wurde (Ivanov und Buck 2002; Grabbe 2000; Benisovich 2003). Die wenigen in Deutschland relevanten derzeit vorhandenen Arbeiten zu Migranten aus der ehemaligen Sowjetunion und den GUS-Staaten haben als Schwerpunkt vor allem die psychische Gesundheit (Ivanov und Buck 2002). Zur Allgemeinmedizinischen Versorgung der russischsprachigen Bevölkerung existieren keine Daten. Bestehende deutsche Migrationsstudien beziehen sich hauptsächlich auf Arbeitsmigranten, insbesondere die türkischen Ursprungs (Kornischka et al. 2008). Da eine interkulturelle Übertragbarkeit von Daten allerdings häufig nicht gegeben ist (Lewis 1994) und Migranten aus der ehemaligen Sowjetunion und den GUS-Staaten sich deutlich von der Population der Arbeitsmigranten unterscheiden besteht hier ein dringender Forschungsbedarf.

Dieser Mangel an Forschungsergebnissen ist auch durch das Alleinstellungsmerkmal dieser Migrantenpopulation gegenüber anderen Migranten in Deutschland begründet (Kornischka et al. 2008). Aussiedler bzw. Spätaussiedler sind per definitionem Deutsche. Laut Bundesamt für Migration und Flüchtlinge liest sich diese Definition wie folgt: „Spätaussiedler sind nach § 4 des Bundesvertriebenengesetzes (BVFG) deutsche Volkszugehörige, die unter einem Kriegsfolgenschicksal gelitten haben und die im Bundesvertriebenengesetz benannten Aussiedlungsgebiete nach dem 31. Dezember 1992 im Wege des Aufnahmeverfahrens verlassen und innerhalb von sechs Monaten einen

ständigen Aufenthalt im Bundesgebiet begründet haben. (Bundesamt für Migration und Flüchtlinge 2013, S. 46). Somit werden diese Bürger in den meisten Statistiken als Deutsche geführt und tauchen nicht separat in weiteren Statistiken auf (Aparicio et al. 2005; Razum et al. 2004). Während sich der Zugang zu Daten über Arbeitsmigranten daher vergleichsweise einfach gestaltet, da sie bereits in offiziellen Statistiken als separat aufgeführte Population erscheinen, findet eine dezidierte Unterteilung der deutschen Population nach ursprünglichem Herkunftsland nicht statt. Sowohl in Deutschland geborene Bürger, als auch in der Sowjetunion oder den GUS-Staaten geborene Bürger mit deutschen Wurzeln gelten in den amtlichen Statistiken als „Deutsche“ (Wittig et al. 2004). Aus diesem Sonderfall in der wissenschaftlichen Betrachtung resultiert ein Mangel an Arbeiten über die russischsprachige Bevölkerung in Deutschland. Vergleichbare Arbeiten aus dem Ausland, beispielsweise den USA (Grabbe 2000; Ivanov und Buck 2002) oder Israel (Remennick und Shtarkshall 1997) sind aus diesem Grund auch nur eingeschränkt übertragbar, da sie zwar Daten zur Gesundheitsversorgung von russischsprachigen Migranten im Allgemeinen liefern können, aber nicht den Sonderfall der Migration als Deutscher nach Deutschland und die daraus resultierende Besonderheit der mit der Migration verknüpften Erwartungen beleuchten können.

Ein weiteres spezifisches Unterscheidungsmerkmal von der Gruppe der „Arbeitsmigranten“ ist, dass die Motivation für die Migration nach Deutschland eine grundlegend andere war. Spätaussiedler galten auf Grund ihres historischen Hintergrundes bereits in der Sowjetunion und den GUS-Ländern als ein fremder Bevölkerungsteil. Wie auch in dem Abschnitt „geschichtlicher Hintergrund“ weiter ausgeführt wird, war die Motivation nach Deutschland zu kommen demnach auch häufig durch das Gefühl des „Heimkommens“ geprägt. (Kornischka et al. 2008). Arbeitsmigranten, welche in Deutschland häufig aus dem türkischen oder italienischen Raum stammen fehlte dieser geschichtliche Bezug zu Deutschland. Ihre Motivation war weniger in der engen historischen Verknüpfung an Deutschland begründet, sondern vielmehr durch die Suche nach Arbeit. Während sich die russischsprachigen Migranten also oft nach einem Leben „als Deutsche unter Deutschen“ sehnten (Hoffmann 2007) und die Motivation zur Migration somit eine starke kulturelle Komponente besaß, war für die

Arbeitsmigranten von vornherein unverkennbar, dass es sich für sie um eine Migration in die Fremde handelte. Die Erwartungshaltung an die Migration darf daher als gänzlich unterschiedlich gewertet werden.

Im Zuge dieses ausgewiesenen Forschungsbedarfs startete an der Philipps-Universität Marburg das Projekt: „Russischsprachige Migranten beim Hausarzt“. In dieser mixed-methods-Analyse wurden die Erfahrungen und Erwartungen russischsprachiger Migranten mit dem deutschen Gesundheitssystem näher gehend erforscht. Dies geschah unter anderem durch die Befragung russischsprachiger Patienten. Um die Ergebnisse dieser Befragung jedoch innerhalb des Deutschen Gesundheitssystems relevant nutzen zu können wurde unter deutschen Patienten ohne Migrationshintergrund eine Erhebung zu den gleichen Fragen nach Erwartungen und Erfahrungen durchgeführt, welche dann anschließend mit den Aussagen der Migranten verglichen wurde.

1.1. Begriffsdefinitionen

Die vorliegende Arbeit beinhaltet zwei verschiedene Patientengruppen. Um die Beschreibungen der einzelnen Gruppen zu vereinfachen, wurden sie mit den Begriffen der „deutschen“ Patientengruppe und der „Migranten“ bezeichnet.

Unter dem Begriff „Migranten“ wurden alle diejenigen Patienten zusammengefasst, die aus Gebieten der ehemaligen Sowjetunion bzw. den GUS-Staaten und anderen Nachfolgestaaten der Sowjetunion nach Deutschland emigriert sind. Im derzeitigen allgemeinen Sprachgebrauch wird diese Gruppe häufig auch als die der „Russlanddeutschen“ bezeichnet, was insofern ungenügend ist, da die ehemalige Sowjetunion ein Staatenverbund mit 15 Einzelrepubliken war, von denen wiederum viele eigene Ethnien besaßen. Um Ungenauigkeiten zu vermeiden, wurde in dieser Arbeit ausschließlich von Patienten mit Migrationshintergrund oder von Migranten gesprochen.

Für das zweite Patientenkollektiv, das der Patienten, die in der Bundesrepublik Deutschland geboren und aufgewachsen sind wurde der Begriff die „Deutschen“ verwendet.

1.2. *Geschichtlicher Hintergrund*

Zur Beurteilung der Stichprobe der Migranten und zwecks der Erfassung ihrer kulturellen und sozialen Hintergründe, folgt hier ein Überblick über die historische Entwicklung der Bevölkerungsgruppe, die heute in Deutschland meist unter dem Begriff der „Russlanddeutschen“ zusammengefasst werden. Die historische Übersicht orientiert sich hierbei eng an den Daten der Bundeszentrale für Politische Bildung (Schneider 2005)

Die Entwicklung einer deutschen Kultur im Osteuropäischen Kulturraum reicht zurück in das Russische Reich im 18. Jahrhundert. Zu dieser Zeit waren weite Teile des russischen Reiches noch unbesiedelt, trotz guter Eignung für die Landwirtschaft. Unter Katharina II. (1729-1796) wurde deshalb ein Manifest erlassen, um ausländische Bürger zu bewegen, sich im Zarenreich niederzulassen und weite Teile des Reiches zu besiedeln. Hauptaugenmerk lag dabei auf den Gebieten an der Wolga und Adressaten des Manifestes waren hauptsächlich Landwirte. Um die Motivation der Siedler zu erhöhen, wurden ihnen zahlreiche Vergünstigungen geboten, wie z.B. das Recht auf freie Religionsausübung, die Befreiung von Militärdienst und eine befristete Steuerfreiheit.

Unter Zuhilfenahme von Maklern, die direkt für die Besiedelung jener Gebiete warben, gelang es bis 1767 ca. 30.000 Siedler, vornehmlich aus Nordbayern, Baden und Hessen in die Wolgagebiete zu lotsen und dort anzusiedeln (Schneider 2005). Deren Zahl verdoppelte sich in etwa bis 1815, als nach zunächst von Armut und Hunger geprägten schwierigen Anfangsjahren um die Jahrhundertwende ein wirtschaftlicher Aufschwung begann. Die Organisation dieser wachsenden Kolonien wurde durch eine deutsche Selbstverwaltung geregelt. Dies bedeutete im Vergleich zu ihren russischen Nachbarn eine deutliche Besserstellung der deutschen Siedler.

Nach den gewonnenen Türkenkriegen und der Sicherung der Nordküste des Schwarzmeers durch die Russen kam es zu einem erneuten Anstieg der bis dahin rückläufigen Einwandererzahlen und einer Besiedelung mit deutschen Kolonien an der Schwarzmeerküste.

Gerade in diesen neu besiedelten Gebieten entstand neben der Landwirtschaft auch Industrie, da viele der dort angesiedelten Deutschen in ihrer Heimat Handwerksberufe erlernt hatten. An Industriezweigen sind vor allem die Textil, Geräte und Maschinenfabriken zu nennen.

Nach 100 Jahren Siedlungspolitik liest sich die Statistik folgendermaßen: im Russischen Reich lebten damals ca. 900.000 Deutsche, verteilt auf über 3000 Kolonien, die sich vom russisch verwalteten Teil Polens, über Gebiete in der heutigen Ukraine, der Schwarzmeerküste, Gebiete um Tiflis, den Wolgagebieten und über viele andere Teile des Zarenreichs erstreckten (Schneider 2005).

Bis Mitte des 19. Jahrhunderts waren die ursprünglich deutschen Kolonisten so zu einer bedeutenden Größe im Russischen Reich geworden, die in vielen Teilen in der Gesellschaft akzeptiert und integriert waren, aber bedingt durch ihr Selbstverwaltungswesen und ihr autonomes Religions- und Schulwesen eine eigene Kultur in der russischen Kulturlandschaft blieben.

Nach dem verlorenen Krimkrieg in den 1870er Jahren und in einem Klima der zunehmenden Stimmung gegen das Deutsche Reich, verloren unter Zar Alexander II. (1818-1881) die Kolonien viele ihrer Sonderprivilegien, wie die bis dahin geltende Steuerfreiheit und die Wehrpflichtbefreiung.

Im Zuge des ersten Weltkrieges verfestigte sich die antideutsche Stimmung weiter woraus erste Vertreibungen der deutschen Siedler aus einem 150km breiten Grenzstreifen resultierten. Diese Vertreibungswelle war hauptsächlich sicherheitspolitisch motiviert, da man die Kollaboration der Siedler mit den Deutschen befürchtete.

Die Machtergreifung der Nationalsozialisten in Deutschland und der Angriff auf die Sowjetunion im Jahre 1941 stellten alle Russlanddeutschen unter den Generalverdacht der Spionage und Kollaboration mit dem Feind. Auf Grund des nun folgenden Erlasses „Über die Umsiedelung der in den Rayons des Wolgagebiets lebenden Deutschen“ wurden nach Schätzungen ca. 900.000 Menschen nach Nordkasachstan und Westsibirien zwangsumgesiedelt. Dort wurde die arbeitsfähige männliche Bevölkerung in so genannten Arbeitsarmeen zu schwerster körperlicher Arbeit in Kohlegruben oder beim Holzfällen zur Zwangsarbeit herangezogen. Bedingt durch die Arbeit und Deportation in die Sondersiedlungen ließen nach heutigen Schätzungen ca. 45.000 Deutsche ihr Leben (Schneider 2005).

Auch nach Kriegsende blieb die Lage der Deutschen noch lange unverändert; die Amnestie dieser ca. 1 Millionen Bürger erfolgte erst 1955, die vollständige Rehabilitation der deutschen Bevölkerung erfolgte nie, erst 1964 wurde der Pauschalvorwurf der Kollaboration aufgehoben.

Unter diesen erschwerten Lebensbedingungen und in den Wirren des wirtschaftlichen Niedergangs der Sowjetunion verfestigte sich unter den ehemaligen deutschen Siedlern so immer mehr der Wunsch wieder nach Deutschland zurückzukehren. Dies wurde allerdings erst mit dem Amtsantritt Michael Gorbatschows 1985 realisierbar. Ab dann startete eine Ausreisewelle der Russlanddeutschen, so dass von 1970 bis 2005 ca. 3,8 Millionen Personen, sowie deren Angehörige nichtdeutscher Abstammung als Aus- und Spätaussiedler in die Bundesrepublik einwanderten (Kornischka et al. 2008).

1.3. Aktuelle Situation der russischsprachigen Bevölkerung

Die heutige Lage dieser Einwanderer gestaltet sich zwiespältig. Deutschland versinnbildlichte für viele, oft unter harten Lebensbedingungen lebenden russischsprachige Migranten das Land ihrer Vorfahren und das Leben dort wurde als ein Leben „als Deutsche unter Deutschen“ (Kornischka et al. 2008) angesehen, welches es wert war, die eigenen Herkunftsländer zu verlassen um in Deutschland neu zu beginnen. Dieser Traum zerplatzte dann oft bei Ankunft auf deutschem Boden. Wurden sie in

Russland als „die Deutschen“ gesehen, so wurde in Deutschland daraus „die Russen“. (Hoffmann 2007). Was sich in Russland als Leben in der eigenen, abgegrenzten Gemeinschaft etablierte, da man der ursprünglichen Bevölkerung gegenüber als Fremde erschien, wiederholte sich nun in Deutschland in gegenbildlicher Weise, da man auch hier der heimischen Bevölkerung gegenüber als Fremde erschien. Daraus resultierte ein Zustand der emotionalen Heimatlosigkeit, welcher durch den Rückzug in die Gemeinschaft der Migranten kompensiert wurde. Zudem kam noch ein Leben und Arbeiten unterhalb der erreichten Qualifikation, da die Ausbildung in der ehemaligen Sowjetunion in Deutschland oftmals nicht vollständig anerkannt wurde (Kornischka et al. 2008).

In Bezug auf die medizinische Sozialisation dieser Migranten liegt ein entscheidender Unterschied in dem medizinischen System, in welchem die Patienten aufgewachsen sind. Für das heutige deutsche Gesundheitssystem gilt das „shared decision-making“ bzw. der „informed consent“ als wichtige Grundlage des ärztlichen Handelns (Levinson et al. 2005; Harmsen et al. 2008). Der Arzt ist vielmehr ein Berater in Gesundheitsfragen und ein Partner zur Entscheidungsfindung (Maio 2008) als ein „Halbgott in Weiß“. Die Asymmetrie zwischen Arzt und Patient weicht daher zunehmend eine Begegnung auf Augenhöhe, in der der Patient die Entscheidungen über sein Leben autonom fällt, wobei der Arzt ihn als Partner unterstützt (Maio 2008).

Als nahezu gegensätzliches Bild wird die Stellung des Arztes im sowjetischen Gesundheitssystem beschrieben. Der Arzt wird als autoritärer und paternalistischer Entscheidungsträger skizziert (Grabbe 2000; Bermejo et al. 2012b) und das Bild der Arzt-Patienten-Beziehung ist geprägt von einer deutlichen Asymmetrie.

Ein weiterer wichtiger Unterschied zwischen den Gesundheitssystemen in Deutschland und der ehemaligen Sowjetunion bzw. den GUS-Staaten ist die Verwendung technischer Hilfsmittel. Da im sowjetischen Gesundheitssystem ein im Vergleich niedrigerer Standard an technischem Equipment vorherrschte (Grabbe 2000) trafen die Migranten auf eine Gesundheitskultur, in der der häufige und ausgedehnte Einsatz von technischen

Untersuchungsmethoden gang und gäbe ist. Interessanterweise resultiert daraus häufig eine Aufwertung des vormaligen Gesundheitssystems, da die Ärzte der Sowjetunion in den Augen der Patienten Diagnosen noch rein anhand der Anamnese und der körperlichen Untersuchung stellen konnten (Boll-Palievskaya 2005; Ivanov und Buck 2002). Der hohe Stellenwert der technischen Diagnostik im deutschen Gesundheitssystem schreckt daher eher ab, als dass er zu einer Steigerung der Zufriedenheit beiträgt.

Insgesamt führen diese Faktoren der unterschiedlichen Sozialisation zu enttäuschten Erwartungen an das deutsche Gesundheitssystem und teilweise zu einer Verklärung des sowjetischen Systems (Farmer et al. 2003; Ivanov und Buck 2002). Das bedingt sowohl auf der Seite der Migranten Unzufriedenheit, aber auch auf der Seite der Ärzte.

1.4. Fragestellung

Die vorliegende Arbeit sollte als eine weitere Substudie des Projektes „Russischsprachige Migranten beim Hausarzt“ dienen. Die erhobenen Daten von deutschen Patienten dienten dem Zweck, sie mit den qualitativen Daten über Migranten aus anderen Zweigen der Studie zu vergleichen.

Die gestellten Forschungsfragen bezogen sich deshalb auch auf die Unterschiede und Gemeinsamkeiten der unterschiedlichen Patientenkollektive in puncto:

- Bestehen Unterschiede zwischen Patienten mit Migrationshintergrund aus der ehemaligen Sowjetunion bzw. den ehemaligen GUS-Staaten bezüglich der Erfahrungen mit dem deutschen Gesundheitssystem (Zufriedenheit, Erfahrung in Bezug auf Akzeptanz, Verständnis, diagnostisch und therapeutische Wirksamkeit)?
- Bestehen Unterschiede zwischen den genannten Patientengruppen bezüglich der Erwartungen an Hausärzte und anderes Gesundheitspersonal?

2. Methode

2.1. Auswahl des Verfahrens

Die vorliegende Arbeit ist ein Teil eines Gesamtprojekts zur interkulturellen Medizin. Dieses Projekt wurde nach dem Mixed Methods Ansatz gestaltet. Dies bedeutet verwandte Fragestellungen mit unterschiedlichen wissenschaftlichen Methoden zu beleuchten um Antworten aus unterschiedlichen Blickwinkeln zu erhalten. Konkret wurde im Projekt „Russischsprachige Migranten beim Hausarzt“ dazu ein Verfahren mit drei Substudien gewählt. Dabei lagen zwei dieser Substudien qualitative Ansätze zugrunde, während eine Substudie nach quantitativen Kriterien vorging.

Wie aus der Abbildung 1 zu entnehmen behandelt die hier vorliegende Substudie den Vergleich zwischen deutschen Patienten und Patienten mit Migrationshintergrund mittels Forschungsverfahren aus dem Bereich der qualitativen Forschung. Als methodische Grundlage wurde das problemzentrierte Interview gewählt. Die Wahl und Verwendung eines qualitativen Verfahrens hatte im Vergleich zu quantitativen Ansätzen im Hinblick auf die Fragestellung einige Vorzüge. Kernpunkt der vorliegenden Arbeit war ein Aufzeigen verschiedener Meinungen und Erfahrungen von Einzelfällen. Prinzipiell lag somit auf Forscherseite kein eigener fester Standpunkt vor, welcher bewiesen oder widerlegt werden musste. Dies war nun der entscheidende Punkt weswegen einem qualitativen Verfahren der Vorzug zu geben war.

Russischsprachige Patienten beim Hausarzt

mixed-methods-Design

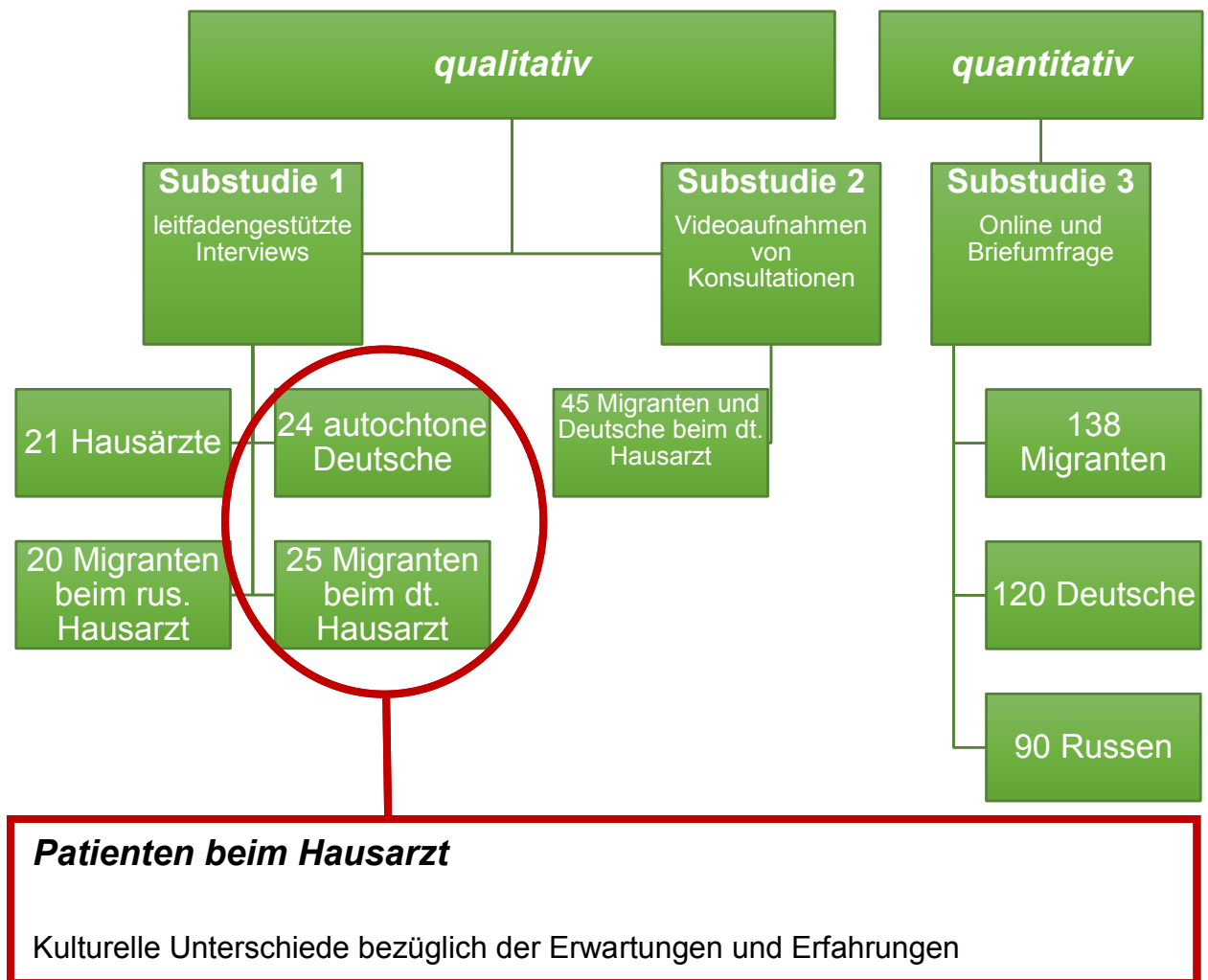


Abbildung 1: Russischsprachige Patienten beim Hausarzt

Quantitative Forschungsansätze nehmen im Allgemeinen eine Hypothese zur Grundlage, welche unter statistischen Gesichtspunkten untersucht und nach Abschluss der Auswertung als „angenommen“ oder „abgelehnt“ klassifiziert, oder zumindest mit einem nominellen Zahlenwert versehen werden kann. Jede Frage kann daher schlussendlich mit

einer Antwort beantwortet werden, welche die Realität der befragten Population wiedergibt. Problematisch wird dieses Vorgehen jedoch, wenn keine einheitlich definierte Hypothese vorliegt. Dies ist bei der Fragestellung zur Patientenzufriedenheit oftmals der Fall (Berger et al. 2008), da Patientenzufriedenheit oftmals ein Konglomerat subjektiver Eindrücke ist und kein klar definierter Fragenkatalog (Marcinowicz et al. 2009).

Qualitative Forschungsansätze hingegen setzen einen Schritt früher an, in dem sie der Aufstellung einer Hypothese dienen. Nicht eine Sichtweise wird auf ihre Zustimmung oder Ablehnung hin untersucht, sondern es werden viele verschiedene Sichtweisen zur gleichen Fragestellung aufgezeigt.

Da es in der vorliegenden Abhandlung hauptsächlich um die Exploration eines derzeitigen Status quo ging, war demzufolge ein qualitativer Ansatz mit einer Erfassung eines möglichst breiten Meinungsspektrums zielführend.

2.1.1. Die Theorie des problemzentrierten Interviews

Das problemzentrierte Interview ist ein Verfahren zur theoriegestützten Erfassung subjektiver Eindrücke und Erklärungen. Witzel lieferte in seiner Arbeit den zugehörigen theoretischen Hintergrund. Demnach eignet sich das problemzentrierte Interview hauptsächlich zur Erfassung „individueller Handlungen sowie subjektiver Wahrnehmungen und Verarbeitungsweisen gesellschaftlicher Realität“ (Witzel 2000).

Eingelöst wurde dieses Versprechen durch die Art des Vorgehens. Das Interview wurde anhand eines Leitfadens geführt, in dem im Vorhinein festgelegte Fragen erfasst waren. Diese Fragen bildeten dabei eine Art Rahmen, welchen der Befragte durch die Beantwortung von offen gestellten Fragen mit seinen eigenen Theorien und Erklärungen füllen konnte. Dabei wurde somit das bereits existierende Vorwissen des Wissenschaftlers mit genug Spielraum für den Befragten kombiniert. Der Interviewte durfte in seinen Antworten oft einfach „drauf los“ erzählen und die Datenerhebung verlief so „die Künstlichkeit der Forschungssituation“ (Witzel 2000). Die Rollenverteilung in

dieser Form des Interviews war daraufhin angelegt, dass der Befragte zum Experten seines Erlebens wurde und der Interviewer zum Zuhörer. Die Aussagen des Patienten waren somit als grundsätzlich „richtig“ anzusehen und wurden im Interview nicht bewertet.

2.1.2. Interviewleitfaden

Der Leitfaden in diesem semistrukturierten Interview diente, neben der Funktion als Rahmen, ebenso als Gedankenstütze für den Interviewer und der besseren Vergleichbarkeit der einzelnen Patientengespräche untereinander. Die Funktion als Begrenzungsrahmen des Interviews verhinderte dabei ein Ausufern des Gesprächs, da der Interviewleitfaden die Kernfragen des Interviews definierte und das Gespräch immer wieder auf diese Punkte zurückführte. Im Laufe des Interviews erfüllte er zusätzlich die Funktion einer Checkliste, an der kontrolliert werden konnte, welche Themengebiete bereits besprochen wurden. Damit war der Leitfaden auch die Gewährleistung dafür, dass alle Probanden die gleichen Fragen gestellt bekamen, was im Falle der vorliegenden Arbeit als besonders wichtiger Punkt anzusehen war, da insbesondere der Vergleich zwischen den verschiedenen Patientengruppen die zentrale Fragestellung war. Unter diesem Gesichtspunkt der Vergleichbarkeit der Interviews der Migranten als auch der Interviews der Deutschen musste folglich auch der Interviewleitfaden, welcher in den Gesprächen mit beiden Gruppen verwendet wurde, analog zueinander aufgebaut und strukturiert sein.

Deshalb diente der ausführliche Interviewleitfaden für die Gespräche der Patienten mit Migrationshintergrund als Vorlage für den Interviewleitfaden der Deutschen. Dieser ausführliche Interviewleitfaden zur Befragung der russischsprachigen Patienten war bereits im Vorfeld anhand der Erfahrung praktizierender Ärzte und anhand vorliegender Studien zu Arbeitsmigranten in der Forschungsgruppe der Allgemeinmedizin Marburg entwickelt worden. Der Wortlaut der daraus übernommenen Fragen blieb dabei im Wesentlichen der gleiche, einige Fragen wurden aber komplett aus dem Leitfragen gestrichen.

Fragenbereiche, die zur Analogie des Interviewleitfadens gestrichen wurden, waren hauptsächlich Fragen zur Migration, Fragen zum direkten Vergleich zwischen dem deutschen und dem sowjetischen Gesundheitssystem und Fragen, welche die Behandlung durch einen Russisch sprechenden Arzt voraussetzten, da sie für die Stichprobe der deutschen Patienten irrelevant waren.

Dieser aus diesen Überlegungen entstandene Interviewleitfaden wurde nach der Praxiserprobung in zwei Gesprächen noch einmal kritisch überdacht, blieb aber in seiner grundsätzlichen Struktur unverändert.

Diese Struktur setzte sich zusammen aus Fragen zum deutschen Gesundheitssystem, konkreten Fragen nach den Erwartungen und Erfahrungen mit dem Hausarzt und einem Fragenblock zur Compliance und Eigeninitiative der Patienten. Die letzte Frage des Leitfadens zielte als sehr weite und offene Frage auf weitere Aussagen zum Themenbereich „Hausarzt“ um dem Patienten abschließend noch mal Raum für Themen zu lassen, die seiner Meinung nach noch nicht angesprochen wurden. Der vollständige Leitfaden dieser Arbeit ist im Anhang 7.1 beigelegt.

Inhaltlich leiteten sich die Problembereiche des Interviewleitfadens aus der Fragestellung der vorliegenden Forschungsarbeit ab. Für die Fragenbereiche spielte die Erfahrungen praktizierender Ärzte im Umgang mit Migranten eine ebenso wichtige Rolle, wie der derzeitige Stand der Forschung. Wie in der Einleitung bereits aufgeführt liegen derzeit kaum belastbare Arbeiten zur hausärztlichen Versorgung und Zufriedenheit russischsprachiger Migranten in Deutschland vor.

Die demographischen Daten der Patienten, welche die Fragen nach Alter, Beruf, Schulabschluss und Ausbildung waren, wurden schriftlich vor der Aufzeichnung des Interviews erhoben. Diese Erfassung mit einem Kurzfragebogen diente vor allem dem Ausschluss von Fragen nach dem klassischen Frage-Antwort-Schema und damit der Entlastung des Interviews, in welchem ja insbesondere freie und offene Fragen gestellt werden sollten. Zudem erleichterte es als eine Art „Eisbrecher“ den Einstieg in das Interview.

2.2. Datenerhebung

2.2.1. Rekrutierung der Stichproben

Für diese qualitative Studie wurden getrennt voneinander zwei verschiedene Stichproben rekrutiert. Dabei dienten als Stichprobe der russischsprachigen Patienten die bereits geführten Interviews aus dem Forschungsprojekt „Russischsprachige Migranten beim Hausarzt“, welches vom BMBF gefördert wurde. Die Probanden hierfür wurden per Aushang in Fachpraxen und russischen Geschäften, über die Jüdische Gemeinde sowie über Mund-zu-Mund-Propaganda nach dem Schneeballprinzip gewonnen.

Bei den deutschen Patienten waren Einschlusskriterien für die Aufnahme in das Patientenkollektiv:

- das Vorliegen einer chronischen Erkrankung
- Geburt und Aufwachsen in Deutschland
- Alter über 18 Jahre

Ausgeschlossen wurden demnach alle Patienten, die außerhalb Deutschlands geboren wurden oder nicht chronisch erkrankt waren. Das Vorliegen einer chronischen Erkrankung diente als Gewährleistung dafür, dass eine regelmäßige Arztkonsultation erfolgte und somit auch eine Bindung an einen Hausarzt bestand.

Die Probanden des Patientenkollektivs mit deutschen Patienten wurden über mehrere, parallel verlaufende Rekrutierungsstrategien gewonnen. Eine Strategie war die Kontaktaufnahme über die gezielte Nachfrage bei Hausärzten, die dann ihrerseits Patienten in ihrer Sprechstunde auf die Studie ansprachen und den Kontakt zum Untersucher herstellten. Dafür wurde den Ärzten vorab ein Informationsblatt (siehe Anhang 7.2.) zugesandt, mit der Bitte es zwei bis drei geeigneten, chronisch kranken Patienten auszuhändigen. Diesem Informationsblatt war eine Einverständniserklärung

und Aufklärung (siehe Anhang 7.3. und 7.4.) zur Unterzeichnung durch den Patienten beigelegt, durch welche der Patient seinen Hausarzt von der gesetzlichen Schweigepflicht ihm gegenüber befreite. Dadurch wurde es dem Arzt ermöglicht die Kontaktdaten der Patienten an den Untersucher weiter zu geben.

Der andere Teil des Patientenkollektivs wurde über persönliche Kontakte des Untersuchers zu chronisch Kranken gewonnen. Dabei wurde unter anderem eine Art Schneeballeffekt genutzt, in dem bereits befragte Patienten den Kontakt zu anderen Patienten ermöglichten, welche dann ebenfalls vom Untersucher kontaktiert wurden. Die gezielte Anfrage bei Selbsthilfegruppen erbrachte nicht den erhofften Rücklauf und führte nur zu einem geringen Anteil an Patientenkontakten.

Der Endpunkt der Stichprobenerhebung wurde nicht von vornherein bestimmt, sondern bei parallel laufender Auswertung nach Erreichen einer Sättigung gesetzt. Bei fehlendem Zuwachs an neuen Argumenten und Wiederholung gleicher Aussagen wurden keine weiteren Interviews durchgeführt.

Die Informationen zur Studie, die Aufklärung und die Unterzeichnung der Einverständniserklärungen dieser Patienten wurden direkt am Tag des Interviews durchgeführt.

2.2.2. Durchführung des Interviews

Die Aufzeichnung des Interviews erfolgte ohne Ausnahme in der Wohnung der Interviewten. Das gewohnte Umfeld unterstützte dabei den Gesprächscharakter des Interviews. Nach einer kurzen Phase der mündlichen Aufklärung, Unterzeichnung der entsprechenden Unterlagen und der Erhebung der Sozialdaten folgte das Interview anhand des vorher festgelegten Leitfadens.

Angepeilter Richtwert für die zeitliche Dauer der Interviews mit den Deutschen waren ca. 20 Minuten. Dieser Wert resultierte aus Erfahrungen bei Probebefragungen da ab 20 Minuten ein Zustand der Sättigung eintrat, in dem kein neuer Wissenszuwachs mehr zu

erwarten war. Zusätzlich diente der Zeitwert zur groben Orientierung für die Befragten um im Vorhinein die zeitliche Dauer des Besuchs abschätzen zu können.

Endpunkt des Interviews war, wenn die Patienten zu allen Punkten des Leitfadens etwas gesagt hatten und auch keine weiteren Ausführungen zum Thema „Hausarzt“ machen wollten. Dieser Punkt war bei den verschiedenen Interviewpartnern zu sehr verschiedenen Zeitpunkten erreicht, das gewonnene Datenmaterial der Deutschen Patienten in Audioform bestand aus Datensätzen mit mittlerer Dauer von 14:47 Minuten (Range: 03:23 – 31:59).

Für die Studie wurden 24 deutsche Patienten interviewt, da sich in der parallel erfolgten Auswertung der Gespräche gezeigt hatte, dass danach kein Wissenszuwachs mehr zu erwarten war. Der Datensatz der Migranten beinhaltete 25 aufgezeichnete Interviews, welche bereits transkribiert und übersetzt in die Studie übernommen wurden.

2.2.3. Aufzeichnung per Tonträger

Die Aufzeichnung der Interviews erfolgte mit Hilfe des Diktiergeräts, wodurch eine höchst mögliche Authentizität und ein störungsfreier Ablauf des Interviews gewährleistet werden konnte. Folglich entfiel das den Redefluss behindernde Mitschreiben und die Aussagen wurden nicht durch die Notation von Stichpunkten verfälscht.

2.2.4. Transkription der Interviews

Da die spätere Auswertung der Gespräche mit dem Verfahren der qualitativen Inhaltsanalyse erfolgte, wozu bei der gewählten Arbeitsweise ein Arbeiten am Text nötig war musste nach dem Durchführen des Interviews eine möglichst präzise und genaue Umstrukturierung des gesprochenen Wortes in geschriebenen Text erfolgen – die Transkription. Sie ist das Mittel der Wahl um Ton- oder Videodokumente zu verschriftlichen und damit eine weitere Analyse des Inhaltes zu ermöglichen (Lamnek und Krell 2010).

Um den Sinn der Patientenaussagen möglichst unverfälscht wiederzugeben und zu erhalten wurden die Gespräche nach vorher festgelegten Regeln transkribiert, in dem einzelne Zeichenabfolgen für bestimmte Situationen im Gesprächsverlauf stehen (siehe Abbildung 2).

(.)	Kurze Pause
(..)	Längere Pause
(?)	Frageintonation
(h)	Formulierungshemmung, Druckszen
(-)	Unverständlich
(.)	Satzabbruch, Neuansetzen
(in Klammern)	Nonverbale Kommunikation wie lachen, nicken etc.
(Wort?)	Nicht mehr genau verständlich, vermuteter Wortlaut

Abbildung 2: Transkriptionsregeln

Die Transkription erfolgte dabei möglichst genau und ohne Textauslassungen. Dialekt wurde eingedeutscht. Soziales Gemurmel, welches im Rahmen des aktiven Zuhörens von Seiten des Interviewers verwendet wurde, wurde, um den Textfluss nicht unnötig zu unterbrechen, nicht mittranskribiert.

Im Falle der russischsprachigen Interviews wurden die Transkriptionsregeln dahingehend erweitert, dass im russischen Sprachgebrauch übliche Gewohnheitsworte (Bsp.: et samoje, znachit, wot, nu, a, koroche etc.) nicht übersetzt, sondern direkt übernommen wurden. Insgesamt wurden die russischsprachigen Interviews des vom BMBF-geförderten Projektes „Russischsprachige Migranten beim Hausarzt“ durch Muttersprachler und eine deutsche Slawistik Studentin transkribiert und übersetzt. Diese Übersetzungen wurden danach noch mal auf Vollständigkeit und Übersetzungsfehler hin kontrolliert.

In Fall der vorliegenden Arbeit wurden die Transkripte mit Hilfe der Transkriptionssoftware „f4“¹ angefertigt.

2.3. Datenschutz und Ethik

Die teilnehmenden Patienten wurden mündlich und schriftlich über Ziel und Ablauf der Untersuchung informiert. Sie wurden dabei um ihre schriftliche Einwilligung gebeten. Der Patient wurde darauf hingewiesen, dass er sein Einverständnis jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen kann. Die Vorlage dieser Einverständniserklärung findet sich im Anhang 7.4.

Die Aufklärung der teilnehmenden Patienten über die Datenverarbeitung und Maßnahmen des Datenschutzes erfolgte und das Einverständnis der Patienten wurde eingeholt. Die Datenspeicherung geschah pseudoanonymisiert. Die Fragebögen sowie Audio- und Videoaufnahmen wurden wie folgt codiert: vorletzter Buchstabe im Vornamen, dritter Buchstabe im Nachnamen und Datum der Aufnahme bzw. der Bearbeitung. (Bsp.: IC120509).

Vor Beginn der Arbeit wurde die gesamte Studie am 06.08.2009 vom Ethikrat der Universität unter dem Aktenzeichen 100/09 gebilligt. Das positive Ethikvotum für die hier vorliegende Substudie erfolgte am 30.03.2010 (AZ: 23/10)

¹ Pehl 2011

Der elektronische Datensatz mit den im Rahmen der Studie erhobenen Daten (nur ID, keine Name, Adressen usw.) wird 10 Jahre unter Verschluss aufbewahrt und anschließend vernichtet.

2.4. Auswertungsverfahren

2.4.1. Theoretischer Hintergrund qualitativer Inhaltsanalyse

Die Auswertung der Datensätze erfolgte in Anlehnung an die qualitative Inhaltsanalyse nach Philip Mayring (Mayring 2010). Diese Art der Auswertung qualitativer Daten fand nach festen Regeln und Verfahren statt um sich nicht dem Vorwurf der Beliebigkeit auszusetzen. Ebenso wurde durch diese Vorgaben eine Vergleichbarkeit und – wie Mayring es bezeichnet – eine „Intercoderreliabilität“ gewährleistet.

Ein Grundsatz der Inhaltsanalyse besagt dabei, dass die Auswertung mittels der Bildung von Kategorien zu erfolgen hat, welche im Zentrum der Analyse stehen. Diese Kategorien - im Folgenden auch als „Codes“ bezeichnet - dienen der strukturierten und systematischen Erfassung von Inhalt um diesen dann in neuer Form und nach Aspekten sortiert, interpretieren und vergleichen zu können.

Die Bildung des Codesystems kann nach Mayring unter deduktiven oder induktiven Gesichtspunkten entstehen. Deduktive Codebildung ist die Entstehung aus theoretischen Vorüberlegungen, induktive Kategorien ergeben sich direkt aus dem Material.

Nach der Gliederung des Datenmaterials in die Kategorien wurden die gewonnen Kategorien nach festgelegten Vorgaben interpretiert und analysiert. In der vorliegenden Arbeit wurde hauptsächlich unter frequenzanalytischen und valenzanalytischen Gesichtspunkten eine inhaltliche und typisierende Strukturierung durchgeführt. „Frequenzanalyse“ oder auch „Häufigkeitsanalyse“ bedeutet dabei, das Auswerten der Häufigkeit bestimmter Codes zu einem Thema, „Valenzanalyse“ ist die Einordnung von Aussagen auf zwei oder mehrstufigen Skalen. Die Valenzanalyse mit Einteilung nach dem Schulnotenprinzip wurde in der vorliegenden Arbeit beispielsweise bei der

Auswertung der „Zufriedenheit mit dem Hausarzt“ genutzt. Mayring schreibt zur Inhaltsanalyse durch Strukturierung: „Ziel der Analyse ist es, bestimmte Aspekte aus dem Material herauszufiltern, unter vorher festgelegten Ordnungskriterien einen Querschnitt durch das Material zu legen oder das Material aufgrund bestimmter Kriterien einzuschätzen.“ (Mayring 2010, S. 65)

2.4.2. Erstellung der Codes

In dieser Arbeit ergab sich die Codierung in ihren Grundsätzen deduktiv anhand der formulierten Fragestellung, wurde aber mittels des vorhandenen Materials in ihren einzelnen Subcodes induktiv weiter entwickelt und ausdifferenziert.

Der Codebaum gliederte sich in Analogie zu den Fragen aus dem Interviewleitfaden in drei Hauptäste. Der erste und größte Ast behandelte die Fragen, welche sich auf den Hausarzt beziehen. Der zweite Ast bezog sich auf den Patienten, mit Schwerpunkten im Bereich Compliance und Eigeninitiative, der dritte Ast beinhaltete Codes unter dem Titel „Informationen zur Gesundheit“. Diese drei Hauptcodes wurden in Bezug auf die Fragestellung der Arbeit erstellt und sind dementsprechend nach Mayring als deduktive Kategorien zu verstehen.

Mit diesen drei Kategorien als Grundlagen erfolgte die Auswertung mit Hilfe der Forschungssoftware „MAXQDA“.²

² VERBI GmbH

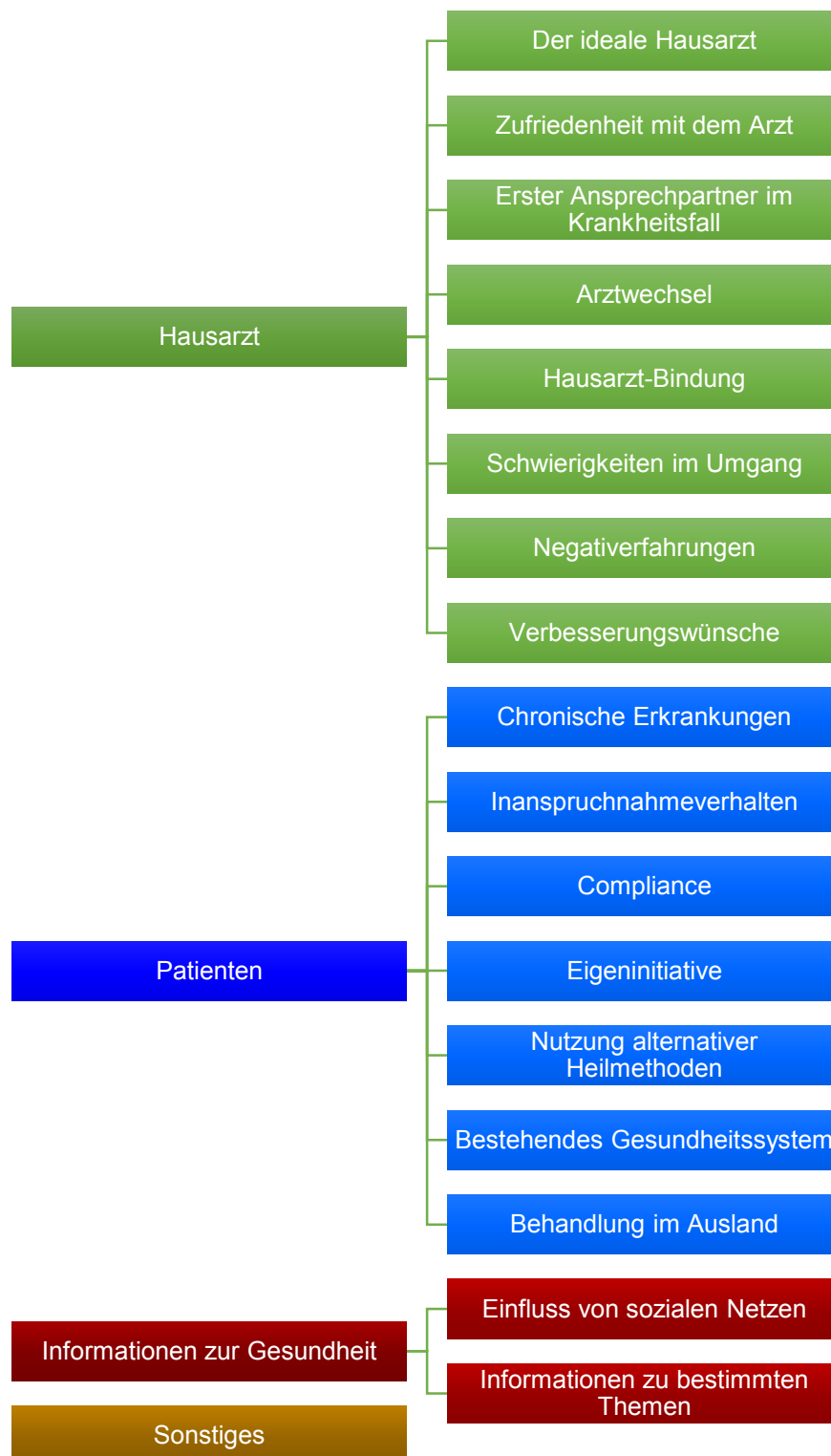


Abbildung 3: Codebaum

2.4.3. Erstellung der Subcodes und Codierung mittels MAXQDA®

Die Software für Datenanalyse wurde verwendet um qualitative Forschung zu vereinfachen und inhaltliche Textanalyse zu gestalten. Dabei diente die Software als einfache Stütze zur Unterteilung und Gliederung der Interviews in verschiedene Codes und Subcodes. Bei der Durchsicht der Interviews wurden dabei mittels „Drag and Drop“ Textpassagen und einzelne Aussagen festgelegten Codes und Subcodes zugeordnet. Nach Bearbeitung des Datenmaterials erhielt man so eine übersichtliche und strukturierte Auflistung der Kategorien mit den dazugehörigen Textpassagen.

Mit dieser Herangehensweise wurde zunächst mit der Auswertung begonnen und die deduktiv gebildeten Hauptkategorien wurden nach und nach mit induktiv gebildeten Unterkategorien erweitert und gefüllt. Die Hauptkategorien und die ersten Subkategorien sind in Abbildung 3 visualisiert. Zusätzlich wurde im Verlauf des Auswertungsprozesses noch ein weiterer Hauptcode „Sonstiges“ erstellt, in welchem alle Punkte codiert wurden, welche für die Auswertung der Arbeit als sinnvoll erschienen, jedoch nicht unter den vorherigen Codes zu klassifizieren waren. Diese Bildung von Unterkategorien erfolgte in enger Zusammenarbeit im Team der Abteilung für Allgemeinmedizin, nachdem drei verschiedene Teammitglieder (ein Arzt, eine Psychologin und ein Student) jeweils zwei Interviews der Deutschen und der Migranten codiert hatten. Der dadurch entwickelte Codebaum wurde abschließend in der qualitativen Forschungsgruppe der Abteilung kritisch durchdacht, bevor mit ihm die weiteren Interviews bearbeitet wurden. Der endgültige Codebaum inklusive sämtlicher Subcodings findet sich im Anhang 7.6.

Mittels dieses endgültigen Codebaums wurde sämtliches Datenmaterial gesichtet, analysiert und gegliedert. Dabei wurde darauf geachtet, dass einzelne Aussagen jeweils nur einem Code zugeordnet wurden, bei mehrdeutigen oder mehrere Codes betreffenden Aussagen konnte die doppelte Codierung jedoch nicht immer vermieden werden.

Stichprobenartig erfolgte die doppelte Codierung durch eine Psychologin des Fachbereichs für Allgemeinmedizin, etwaige Divergenzen wurden begleitend zu dem Codierprozess im Gespräch geklärt.

3. Ergebnisse

3.1. Zusammensetzung der Stichprobe

Bei Betrachtung der gewonnenen Stichproben zeigte sich ein sehr heterogenes Bild der beiden Patientenkollektive. Die Stichprobengröße betrug $n=49$ und ließ sich in einen russischsprachigen Anteil $n=25$ und einen Anteil der Deutschen $n=24$ unterteilen. Die jeweilige Größe der Kohorten war dabei nicht willkürlich gewählt, sondern ergab sich aus einer Analyse der Argumente und wurde durch das Erreichen von Dopplungen in den Patientenaussagen und fehlendem weiteren Wissenszuwachs definiert. Bei Erreichen dieser Sättigung wurden keine weiteren Interviews durchgeführt. In der folgenden Abbildung 4 ist die Patientengruppe der Migranten derer der deutschen Studienteilnehmer gegenüber gestellt. Eine ausführliche Tabelle zur Stichprobe, eingeteilt nach einzelnen Patienten findet sich im Anhang 7.7.

	Migranten n=25	Deutsche n=24
Geschlecht		
Weiblich	13	15
Männlich	12	9
Alter in Jahren		
20-29	1 (0w+1m)	2 (0w+2m)
30-39	4 (4w+0m)	1 (1w+0m)
40-49	4 (3w+1m)	0
50-59	8 (5w+3m)	4 (3w+1m)

60-69	4 (0w+4m)	10 (6w+4m)
70-79	4 (1w+3m)	7 (5w+2m)
Durchschnittsalter	53,5	60,4

Beruf:

berufstätig unter Qualifikation*	7	0
berufstätig nach Qualifikation	5	5
Selbstständig	1	0
Schule/Studium	0	2
Altersrente	6	10
Erwerbsunfähig	3	7
Aushilfe / Putzen	3	0
Zuhause	0	1

*Einschätzung erfolgte durch die Patienten, betroffen waren hauptsächlich Hochschulabsolventen, da ihre Abschlüsse in Deutschland oftmals nicht anerkannt wurden

Abbildung 4: Stichprobenbeschreibung

In der Gruppe der Migranten zeigte sich bei Betrachtung der kompletten Gruppe ein recht ausgeglichenes Bild. Sowohl das Geschlechterverhältnis, als auch die Häufigkeit der einzelnen Altersgruppen war einigermaßen ausgeglichen mit Schwerpunkt auf den Frauen der Altersgruppe 40-59.

Die Gruppe der deutschen Teilnehmer besaß eine deutliche Gewichtung im höheren Lebensalter, von 60-69 Jahren, und einen Gesamtfrauenanteil von 63%. Somit zeigte sich im direkten Vergleich beider Gruppen trotz ähnlichem Durchschnittsalter ein unterschiedliches Verteilungsmuster in den Altersgruppen.

Vom beruflichen Aspekt her waren in der Gruppe der Migranten deutlich mehr Berufstätige zu finden als in der Gruppe der Deutschen. Hier überwogen die berenteten Patienten. Die größte Gruppe der Migranten waren hierbei die Patienten, die unter ihrer Qualifikation arbeiteten, dicht gefolgt von den Patienten in Altersrente und den Patienten, die nach ihrer Qualifikation berufstätig waren. Bei den Deutschen stellten die Patienten

in Altersrente den größten Anteil, zweitgrößte Gruppe waren die erwerbsunfähigen Patienten und drittgrößte Gruppe die in ihrer Qualifikation berufstätigen Patienten.

Als Einschlusskriterium der Patienten zu der vorliegenden Studie zählte das Vorliegen einer chronischen Krankheit. Grund hierfür war die Gewährleistung eines häufigen Arztkontaktes. Dabei wurde eine breite Bandbreite an Erkrankungen genannt, führend der Diabetes mellitus Typ 2 sowie die arterielle Hypertonie.

Die Interviewdauer variierte erheblich zwischen den Gruppen. So war die durchschnittliche Gesprächsdauer in der deutschen Kohorte bei 14:45 Minuten (Range 3-32 Minuten) während die Interviews der Migranten eine durchschnittliche Länge von 65 Minuten (Range 25-100 Minuten) aufwiesen.

Im Folgenden werden nun zehn verschiedene Codes der Interviews beleuchtet. Dabei wurden die zehn Codes ausgewählt, welche die relevantesten Unterschiede oder Gemeinsamkeiten der Patientenkollektive aufwiesen. Die belegenden Zitate wurden wörtlich aus den Interviews entnommen und in Kursivschreibweise eingefügt, die Paragraphen bezeichnen hierbei den Absatz in der Datenvorlage.

3.2. *Zufriedenheit mit dem Hausarzt*

In Bezugnahme auf das Bild des idealen Arztes wurden die Studienteilnehmer im Verlauf des Interviews gebeten, die Zufriedenheit mit ihrem derzeitigen Hausarzt zu beschreiben. Der Code „Zufriedenheit“ wurde dabei in der Auswertung noch durch die Subcodes „strukturell“, „fachlich“ und „menschlich“ ergänzt.

Dabei meinte der Begriff „fachlich“ vor allem die medizinische Ausbildung der Ärzte, ihr Wissen sowie ihre Art, Patienten zu untersuchen und zu behandeln. Die Unterkategorie „menschlich“ bezog sich hingegen auf die Persönlichkeit des Arztes und sein Umgang mit dem Patienten im zwischenmenschlichen Bereich. Vornehmlich rein strukturelle Aspekte des Arzt-Patienten Kontakts, wie beispielsweise die Wartezeiten und die Organisation des Praxisablaufes, wurden mit dem Subcode „strukturell“ codiert.

Vom Gesamteindruck her betrachtet fiel auf, dass die Deutschen ihren Hausarzt in den allermeisten Fällen in den höchsten Tönen lobten. Häufig erwähnten die Patienten dabei, dass sie sehr zufrieden seien.

„Also ich bin wirklich 100% mit dem Dr. B. zufrieden.“ D2 - § 38

Um die Aussagen in einem geläufigen Bild vergleichen zu können, wurde sich der Valenzanalyse nach Mayring bedient, indem alle Aussagen eines Patienten zur Zufriedenheit mit dem Hausarzt ausgewertet und jedem Patienten dann eine Note nach dem Schulnotenprinzip zugeordnet wurden. Bei der Umrechnung der Aussagen in Schulnoten, bewerteten die deutschen Patienten ihren Arzt im Durchschnitt mit einer 1,4.

Bei den Migranten waren die Aussagen in der Regel zurückhaltender, der Arzt wurde oft als „normal“ oder schlicht „ok“ bewertet. Damit meinten die Patienten nicht, dass ihr Arzt schlecht sei, aber der Überschwang in der Bewertung fehlte.

„Er ist ein guter, ein normaler“ M25 - § 5

Wurden die Aussagen analog zu denen der Deutschen in Schulnoten umgerechnet, wurde der Hausarzt der Migranten im Schnitt mit einer 2,1 eingeschätzt.

3.2.1. Strukturell

Die Punkte, die sich inhaltlich mit der Praxisorganisation und den räumlichen Gegebenheiten beschäftigten und dadurch zur Patientenzufriedenheit beitrugen, ließen sich in beiden Patientengruppen auf die gleichen Schlagworte reduzieren, die Begriffe

„Termine“, „Nähe“ und „Hausbesuche“. Im Weiteren werden diese Begriffe näher beleuchtet.

Wichtig war den Patienten, dass sie nicht lange bei ihrem Arzt warten mussten und er terminlich gut organisiert war.

„Ich habe morgens immer den ersten Termin, ich komm gleich dran, ich hab keine Wartezeiten, das mach ich berufsbedingt und da kann ich mich eigentlich, wirklich überhaupt nicht beschweren.“ D3 - § 26

„Was unseren Arzt angeht, muss man davor nur anrufen, sagen was für ein Problem man hat und sie sagen, wenn keine Patienten da sind, kann man gleich kommen oder sie sagen in einer halben Stunde oder einer Stunde oder gleich morgen. Überhaupt kein Problem. Was das betrifft, ist es auch gut.“ M23 - § 28

Das Schlagwort „Nähe“ bedeutete, dass der Hausarzt in der Nähe ihrer Wohnung praktizierte.

„Also ich sag jetzt mal, so an oberster Stelle stand, deshalb habe ich nie den Hausarzt gewechselt, eh, die Nähe. Sie sehen jetzt, was heute los ist, ich würde nicht zum Arzt fahren. Ich habe panische Angst im Schnee Auto zu fahren. So und das ist immer so für mich wichtig gewesen, damals war meine Tochter als wir her kamen acht, der Sohn war 14 und dann wollte ich auch immer, dass das schnell geht. Also dass ich nicht erst stundenlang fahren muss, ne?“ D22 - § 22

„Und da ich manchmal ins russische Geschäft gehe, ist gleich links Dr. M.. Und ich wohne nicht weit entfernt und habe gedacht, ach mein Gott, das ist gleich in der Nähe.“ M15 - § 163

Der dritte Punkt, der unter strukturellen Aspekten die Zufriedenheit der Patienten mit ihrem Hausarzt förderte, war der Punkt, dass der Hausarzt auch für Hausbesuche zur Verfügung stand. Dieser Punkt fand in der Gruppe der Migranten und der Gruppe der Deutschen gleichermaßen Erwähnung.

„[...] er kam sofort, ehm, hier her, das war mir also von der Zeit in K. eigentlich nicht mehr geläufig“ D17 - § 26

„Ah, ja, ja, Hausbesuche, sie hat die Telefonnummer gegeben, sie kommt sofort. Sie behandelt dich, was du brauchst, i vse“ M12 - § 270

Bei den Hausbesuchen ließ sich noch eine weitere Nuance herausarbeiten, wenn der Zweck der Hausbesuche beachtet wurde. Dabei entstand der Eindruck, dass die Deutschen den Hausbesuch vor allem als eine wichtige Option im Notfall sahen, wenn man aus gesundheitlichen oder transporttechnischen Gründen selber nicht zum Arzt konnte. Bei den Migranten klang eher an, dass der Hausbesuch eine zusätzliche Serviceleistung des Arztes sei, die man auch im Normalfall eher in Anspruch nehmen könne. Die Schwelle für die Anforderung eines Hausbesuches erschien niedriger. Allerdings ließ sich diese Beobachtung schwer an einem einzelnen Zitat festmachen, sondern erschien eher im Gesamteindruck.

3.2.2. Fachlich

Was die fachliche Qualität ihres Hausarztes betraf waren sich alle Befragten relativ einig und von der Qualität ihres Arztes überzeugt. Die Eigenschaften, auf welche sie Wert legten waren im Großen und Ganzen auch dieselben, die der ideale Hausarzt in der Vorstellung der Patienten haben sollte.

Der Arzt wurde demnach als ein guter und gebildeter Berater, der die Patienten nach ihren Wünschen und Vorstellungen behandelt und den gewünschten Behandlungserfolg erzielt, beschrieben. Auch bei der Frage nach Überweisungen sagten alle Patienten, dass er sie rechtzeitig zu Fachärzten schicke, wenn er selber nicht weiter komme und dass sie damit zufrieden seien.

Ein Punkt, den ausschließlich nur die Migranten hervorhoben und betonten war, dass der Arzt eine komplette und vollständige Anamnese und körperliche Untersuchung macht. Dieser Punkt wurde mehrfach erwähnt, während die Deutschen ihn im Rahmen der fachlichen Zufriedenheit mit ihrem Arzt nicht ansprachen.

„M25: [...] er ist für jeden Fall, fragt sogar, ob noch was anderes außerdem wäre, bis er nicht alles raus gefunden hat, weißt du, ist er wie (,) (lacht) wot er muss ein bisschen

Interviewer: *Er muss ein bisschen graben.*

M25: *Er muss graben. Ich sage, in dieser Hinsicht gefällt mir sehr gut, er ist ein guter [Arzt]“ M25 - § 115-117*

3.2.3. Menschlich

Auch im menschlichen Umgang des Arztes mit seinen Patienten blieb festzuhalten, dass es keine bedeutenden Unterschiede zwischen den Gruppen gab. Beide Gruppen schätzten an ihrem Arzt, dass er sich im Umgang mit ihnen ideal verhalte, das meint, dass er freundlich sei, hilfsbereit und höflich mit guten Umgangsformen.

„Hier bittet man einen, sich hinzusetzen, schiebt dir einen Stuhl hin, wsö. Nimm Platz, wsö wsö wsö. Und sie hat schon solche Ohren, sie wartet schon darauf, was du sagen wirst. Sie fängt das im Flug schon alles auf, wsö, es ist für sie interessant, der Patient ist gekommen, was ist mit ihm? Nu mir gefällt das sehr gut [...] Und das Benehmen und alles gefällt mir, wot er ist, ich sag doch, du kommst da hin und er kommt dir schon entgegen, nicht nur dass er dir die Hand reicht! Er geht um den Tisch herum, begrüßt einen, alles nu wie, ein Mann ist ein Mann nu was (,) er ist nicht zu faul zum Aufstehen und wsö er ist so umgänglich und wsö, er hört sehr gut dir zu [...] wir haben irgend eine, wie man sagt, gemeinsame Sprache irgendwie gefunden und überhaupt und er ist sehr freundlich und man kann über alles reden hmm mir gefällt er“ M25 - § 76, § 88, § 117

Die Patienten honorierten ihrem Arzt zudem, dass er bemüht sei, ihnen weiterzuhelfen. Allein dieses Wissen trug zu ihrer Zufriedenheit bei, obwohl damit noch nichts über den Behandlungserfolg feststand.

„Also was ich an ihm total toll finde, dass ich schon das Gefühl habe, ehm, (,) erst mal ist er bemüht, das glaube ich ihm auf jeden Fall, ich glaube er ist ein bisschen hilflos, wie gesagt, ehm,“ D22 - § 34

Auch der Faktor Zeit spielte bei der Zufriedenheit mit dem Arzt eine wichtige Rolle. Insbesondere die Grundhaltung sich Zeit für den Patienten zu nehmen, abseits der rein gesundheitlichen und fachlichen Komponente, rechneten die Patienten dem Arzt hoch an und es bestärkte sie in ihrer Zufriedenheit.

„Meine Eltern sind ja im vergangenen Jahr, bzw. Anfang diesen Jahres verstorben und auch da hat er sich anschließend sehr rührend um mich bemüht, hat sich sehr viel Zeit genommen, mit mir gesprochen und das muss ich wirklich ganz positiv erwähnen.“ D3 - § 16

„Ein Mensch, der sich Zeit für mich nimmt. Und nicht so, dass er nicht mal die Augen hebt, auf dieses Kärtchen schaut, irgendwas dort aufschreibt. Aber dieser Mensch redet zuerst 15 Minuten mit mir, als ob er alles mal „durchtastet“.“ M2 - § 156

In diesen Zitaten klang auch ein weiterer Punkt an, der die Zufriedenheit der Patienten förderte und zwar das Interesse an ihnen als Person. Es war für die Patienten wichtig, dass der Arzt sich für sie persönlich interessierte.

„Und selbst der Arzt mag ja erst mal ein Chaot sein, so, also kommt erst mal als Chaot rüber, so aber, ehm, aber hört mir zu, nimmt sich Zeit und ist dran interessiert, das zu hören.“ D20 - § 54

„[...] er kennt alle seine Patienten beim Namen, beim Familiennamen. Sogar wenn er mich einmal im Jahr sieht, weiß er trotzdem wie ich heiße, wo ich arbeite, was ich mache. Diese seine Informiertheit. Irgendein Interesse an seinen Patienten. [...] ich denke nicht, um mehr Patienten zu sammeln und keine, wie sagt man, „Ahnung haben was in den Leuten vorgeht“. Ich denke, dass sein Klientel bei ihm begrenzt ist, aber dafür kakby (h) nu, wie soll ich sagen (h) bedeutender, sagen wir so, dass... wot er führt jeden Patienten, er weiß alles über ihn.“ M2 - § 31, § 37

3.2.4. Fazit

Schlussendlich zeigte sich, dass die beiden Patientengruppen unterschiedlich zufrieden mit ihren Ärzten waren. Dabei bewegte sich dieser Unterschied aber nur im Bereich zwischen „gut“ und „sehr gut“. Die Deutschen Patienten lobten ihren Arzt in der Mehrheit überschwänglich, während die Migranten bei einem eher verhaltenen Lob blieben. Worauf dieser Unterschied im Gesamteindruck jedoch zurückzuführen war, war schwer ersichtlich, da die Patienten sowohl in der strukturellen, der fachlichen und menschlichen Kompetenz ihres Arztes zufrieden mit ihm waren. Die Schwerpunkte, die sie dabei als Grundlage ihrer Zufriedenheit anführten waren in etwa auch die gleichen und entsprachen

den Punkten, die einen idealen Arzt für sie ausmachten. Somit lag ein Unterschied in der finalen Bewertung der Arzt-Patienten-Beziehung vor, ein expliziter Unterschied in den Ursachen der Zufriedenheit ließ sich nicht bestimmen.

3.3. Schwierigkeiten in der hausärztlichen Konsultation

Im Verlauf der Interviews wurden die Teilnehmer zu dem Punkt befragt, ob, und wenn ja, welche Schwierigkeiten sie im Arzt-Patienten-Verhältnis oder in der Konsultation bei ihrem Hausarzt erkennen würden.

Betrachtete man die Antworten auf diese offene Frage zunächst rein unter frequenzanalytischen Gesichtspunkten, war ein deutliches Missverhältnis im Vergleich der beiden Patientengruppen zu erkennen.

Die deutschen Patienten gaben mehrheitlich an, dass keinerlei Schwierigkeiten in dem Verhältnis zu ihrem Arzt bestehen würden. Weder sprachliche, noch inhaltliche oder strukturelle Probleme wurden von der Mehrheit der Befragten berichtet. Im konkreten Fall schilderten nur vier von 23 Patienten Gegenteiliges.

Die Lage in der Arzt-Patienten-Beziehung wurde bei den Migranten dahingegen als deutlich problematischer berichtet, da rund drei Viertel der Befragten angaben, dass ihnen die Konsultation bei ihrem Arzt schwer falle.

3.3.1. Sprachliche Barriere

„[...] ich hatte starke Angst, dass ich es werde nicht erklären können, welche meine Symptome sind und was die Sache ist. [...] Angst vor Unterhaltung irgendwie (h) dass ich mich irgendwie nicht richtig ausdrücken, dass ich nicht richtig erklären werde, wenn er anfängt dich zu fragen.“ M1 – § 129

Dieser Punkt war bei den Migranten der mit Abstand wichtigste Punkt, aus dem Schwierigkeiten und Unzufriedenheit mit dem Hausarzt entstanden. Besonders die

Problematik des Gesprächs mit Fachtermini, welche im alltäglichen Sprachgebrauch nicht häufig vorkommen, erschwerte die Kommunikation mit dem Arzt zusätzlich.

„[...] aber hier kennst du medizinische Worte nicht und du denkst vot eto, vot eto, ja ja, dies und das, nu, dort war es leichter, aber hier, sehen Sie, die Barriere, medizinische Worte (h) du hast es nie gelernt oder gehört.“ M12 - § 84

Bei den Deutschen war dieser Punkt zur Entstehung von Schwierigkeiten nicht gegeben. Im Umgang mit medizinischen Fachbegriffen berichteten sie außerdem von durchweg positiven Eindrücken, in denen ihr Arzt jederzeit Nachfragen zulasse und Begriffe noch mal erkläre. Die Patienten scheuten sich deshalb auch nicht, Nachfragen zu stellen.

„Interviewer: gibt es irgendwelche Schwierigkeiten beim Hausarzt, seien das jetzt Verständigungssachen, oder Erklärungen, dass sie da was nicht verstehen?

D3: Dann frag ich nach, wenn ich was nicht verstehe, also da hab ich keine Scheu.“ D3 - § 23-24

3.3.2. Erwartungen an die Behandlung

Neben den Verständigungsproblemen wurde in beiden Gruppen eine Art der Unzufriedenheit angesprochen, die auftrat, wenn die Erwartungen des Patienten in Bezug auf seine Behandlung nicht erfüllt wurden. Dabei wurden als konkrete Punkte die mangelnde Bereitschaft zur Verschreibung von Medikamenten oder medizinischen Leistungen und die zu spät erfolgende Überweisung zum Facharzt genannt.

„[...] ich habe von ihr keine, ehm, dauerhafte Krankengymnastik bekommen. Gut, nun ist sie Hausärztin. Aber ich glaube es gibt auch Hausärzte, die verschreiben es. Ich kenn es, ne, von meiner Nachbarin, die schon verstorben ist, die hatte MS und die hat es bekommen, [...] Und dann ist man schon so ein bisschen sauer, weil man sich sagt: "gut, also ich brauche es ja auch", ne?“ D22 - § 24

„[...] bis ich nicht 5, 6, Mal, 10, zu ihm gegangen bin, gibt er mir keine Überweisung für den Hals-Nasen-Ohren-Arzt. Ja. Wot das muss ich noch beweisen“ M9 - § 293

Dieser Gesichtspunkt wurde im Vergleich der Gruppen bei den Migranten häufiger erwähnt. Rund ein Drittel der befragten Migranten beklagten sich darüber, dass ihr Arzt sie nicht wie erwartet behandle, während bei den Deutschen nur gut jeder siebte Patient mit der Behandlungsweise seines Arztes Probleme hatte.

3.3.3. Zeitliche Aspekte

Weitere Schwierigkeiten im Kontakt mit dem Hausarzt, die in beiden Patientengruppen genannt wurden, waren der Zeitdruck, dem die Ärzte häufig ausgesetzt seien, bzw. das Gefühl des Patienten, dem Arzt etwas von seiner Zeit zu stehlen.

„Ich fühle mich immer gehetzt. Wissen sie? Das ist ja so mein Problem. [...] Und denke immer: "Du musst dich jetzt kurz fassen" Also ich merke, ich setzte mich immer selber unter Druck, nicht mal dass sie mich unter Druck setzt. Obwohl ich sehr viel in Gestik und Mimik lese, also ich merke schon, wenn sie selber mal gestresst ist, obwohl sie mir das jetzt nicht vermittelt, ne? Aber wo ich so denke: "oh, du musst dich jetzt mal beeilen".“
D22 - § 22

„[...] wenn er Zeit hat, ist er ein normaler Mensch, er unterhält sich mit einem und nimmt einen an und macht alles und alles war ok. Aber wenn er keine Zeit hat, dann macht er es genauso oberflächlich wie alle anderen auch.“ M4 - § 185

3.3.4. Auftritt des Arztes

Ein Punkt, der ausschließlich in der Gruppe der Patienten mit Migrationshintergrund genannt wurde ist, dass der Arzt in seinem Auftreten und Umgang sehr professionell und unpersönlich sei. Gemeint war hier das Wort „professionell“ als eher negativ behafteter Begriff im Gegensatz zum „menschlichen“ Arzt.

„Und jetzt(?) wie kommunizieren wir jetzt(?) Doktor – Computer – Patient (bestimmt und gedehnt). Das ist die Kommunikation. Doktor, am wichtigsten, guckt in den Computer und sagt, aha, aha, so, so. [...] bei mir bleibt der Nachgeschmack, dass es eine angenehme Kommunikation des Doktors mit dem Computer war. Wot. Und ich war das fehlende Glied, warum er in den Computer geschaut hat.“ M1 - § 159, § 187

Interviewer: Gibt es überhaupt Vertrauen zu Ärzten?

M21: Oj (seufzt gedehnt) Ich will sie ihnen nicht Unrecht tun, aber ich sage „schlechte Erfahrung“ und (.) Ich zweifele irgendwie, ich zweifele. Ich will sie nicht beleidigen. Sie sind vielleicht. Sie sind wirklich, sie lernen und ich weiß, wie man hier Prüfungen ablegt, alles. Aber sie sind irgendwie kaltblutig (!) Kaltblutig (!) Du fühlst nicht, dass du für sie „wichtig“ bist.

Interviewer: Fehlt ihnen die Menschlichkeit? Oder was meinen Sie mit kaltblutig?

M21: Ich würde es nicht so sagen. Sie sind ja freundlich und alles, ja. Aber irgendetwas fehlt bei ihnen trotzdem. Irgendwas fehlt.“ M21 - § 85 - 88

3.3.5. Fazit

Zusammenfassend konnte gesagt werden, dass die Hauptschwierigkeit im Arzt-Patientenkontakt bei Patienten mit Migrationshintergrund in der sprachlichen Barriere lag. Präziser ausgedrückt war es die Fähigkeit des Patienten, dem Arzt die eigenen Probleme zu schildern. Der umgekehrte Fall, dass Patienten ihren Arzt nicht verstehen würden, wurde in den Interviews nicht genannt. In beiden Patientengruppen wurde angegeben, dass in diesem Fall immer die Möglichkeit zur Nachfrage gegeben sei. Die weiteren Problemfälle, wie die mangelnde Bereitschaft des Arztes, die vom Patient gewünschten Mittel zu verschreiben oder der Zeitdruck in der Konsultation, waren in den Aussagen beider Patientengruppen anzutreffen und konnten deshalb nicht als Unterscheidungsmerkmal herangezogen werden. Den Mangel an persönlicher Zuwendung und Beziehung zum Arzt erwähnten jedoch nur Teilnehmer aus der Migrantengruppe, in der deutschen Gruppe wurde die Beziehung in den allermeisten Fällen als komplikationslos beschrieben.

3.4. Inanspruchnahmeverhalten

Unter dem Code „Inanspruchnahmeverhalten“ wurden Aussagen der Patienten in zwei Subcodes codiert. Zum einen interessierte dabei die Anzahl der Arztkontakte pro Jahr, zum anderen die Anlässe, zu welchen der Arzt aufgesucht wurde.

3.4.1. Häufigkeit der Arztbesuche

Die getätigten Aussagen zur Häufigkeit des Arztbesuches wurden in konkrete Zahlen umgerechnet. Wenn ein Patient beispielsweise angab, jedes Quartal einmal seinen Arzt aufzusuchen entsprach das einer Anzahl von vier Arztkontakten/Jahr. Diese Daten wurden dann rein quantitativ ausgewertet und so ergab sich als durchschnittlicher Wert sowohl bei den Migranten, als auch bei den Deutschen eine Häufigkeit von sieben Arztkonsultationen pro Jahr. Dabei reichten die Aussagen von

„Alle drei Jahre, fünf Jahre. Drei bis fünf Jahre“ D17 - § 34

bis hin zu

„Ich geh alle 14 Tage ins Labor“ D2 - § 28

was in etwa 25 Kontakten im Jahr entsprechen würde.

3.4.2. Anlass der Arztbesuche

Genau so vielfältig wie die einzelnen Konsultationshäufigkeiten waren auch die Anlässe für einen Arztbesuch.

„Interviewer: Aufgrund welcher Beschwerden gehen Sie gewöhnlich zu Ihrem Arzt?“

M7: Oh, wegen allem. (lacht) Zum einen gehe gewöhnlich zu den Kontrollen, vot, ich gebe Blut für die Kontrolle ab alle drei Monate“ M7 - § 285 - 286

Die häufigsten genannten Gründe wurden im obigen Zitat genannt. Da die Patienten alle chronisch erkrankt waren, waren dies Kontrolluntersuchungen, vorwiegend der Gerinnungsparameter, Blutdruckwerte oder Blutzuckerwerte. Diese Kontrollen waren oft kombiniert in Programmen, wie dem DMP (Disease Management Programm) und fanden einmal pro Quartal statt.

Zusätzliche häufig genannte Anlässe waren akute Erkrankungen wie Erkältungen, wobei da die Toleranzgrenze des einzelnen Patienten – wie bei der Anzahl der Arztbesuche pro Jahr – sehr weit gestreut war.

„[...] bei Erkältung, sofort, weil das kann noch schlimmer werden, das kann Komplikationen geben, das darf man nicht verschleppen, ich muss auf mich aufpassen“ M7 - § 326

„Also, was an mir liegt muss man sich persönlich auch mit den Gegebenheiten arrangieren und muss von sich aus auch wirklich, ehm, Ärzte objektiv wahrnehmen und wirklich mit Krankheit da hingehen und nicht mit leichten Alltagsbeschwerden“ D13 - § 46

Da die persönliche Schwelle, ab wann ein Arzt aufgesucht wurde – wie schon erwähnt – weit gestreut war, gab es in beiden Patientengruppen auch Aussagen von Patienten, die immer erst im letzten Moment zu ihrem Hausarzt gingen. Im direkten Vergleich beider Gruppen fand dieses Verhalten allerdings bei den Migranten öfter Erwähnung.

„Aber so, gehe ich sehr selten hin, bis es zum Äußersten kommt, bis ich nicht hinfalle, bis ich die Hände hochhebe (sich ergeben) (lacht) dann geh ich hin“ M25 - § 37

Des Weiteren war in beiden Gruppen das Verschreiben von Medikamenten als ein zusätzlicher Grund genannt warum Patienten ihren Hausarzt aufsuchen.

„[...] da brauchte ich in dem Sinn keinen Hausarzt, es sei denn zum Medikamenten schreiben“ D12 - § 20

Der Punkt, an dem sich die Ausführungen der Patienten betreffend der Anlässe für Arztbesuche am stärksten unterschieden, war die Möglichkeit der Überweisung durch den Hausarzt zu Fachärzten. Aussagen dazu wurden in der Gruppe der Deutschen nur von einem Patienten getätigt, in der Gruppe der Migranten indessen sprachen sechs Patienten die Möglichkeit an, sich von dem Hausarzt auch direkt überweisen zu lassen und ihn nur als eine Art Durchgangsstation zu nutzen.

„Interviewer: Aha, ich habe ein wenig den Eindruck, dass der Hausarzt irgendwie eher der Orientierung dient. Nicht so, dass er tatsächlich, wie ein Arzt, der dich behandelt, der dir etwas verschreiben kann, dich irgendwo hin weiter überweisen kann

M8: Ja. Also: Er ist für mich nicht die letzte Instanz. Nicht unbedingt.

Interviewer: Znatschit, das ist eher so eine Transit-Station (?), dass du weiter kannst,

M8: Nu ich denke, dass es so in etwa auch gedacht ist. Scheinbar haben die das so erdacht.“ M8 - § 343 - 346

3.4.3. Fazit

Zusammengenommen zeigte sich beim Thema der Inanspruchnahme des Hausarztes eine breite Streuung der Aussagen. Nicht nur was die Häufigkeit der Arztkonsultationen anging, sondern auch welche Schwere einer Erkrankung vorliegen musste, damit die Patienten ihren Arzt aufsuchten. Im Schnitt sahen die Patienten beider Gruppen ihre Ärzte in etwa gleich oft im Jahr, in der Gruppe der Migranten wurde aber öfter angegeben, erst im äußersten Notfall zum Arzt zu gehen. Die häufigsten genannten Anlässe für Arztbesuche waren Kontrolluntersuchungen und die Verschreibung von Medikamenten. Die gezielte Frage nach Überweisungen zum Facharzt wurde bei den Migranten wiederholt erwähnt.

3.5. Gründe für Arztwechsel

Um weitere Aspekte der Patientenzufriedenheit zu explorieren wurden die Patienten auch danach gefragt, warum sie ihren vorherigen Arzt gewechselt hatten. Dieses Kontrastieren ließ einen weiteren Rückschluss darauf zu, was die Patienten an ihrem Arzt schätzten.

Im Vergleich der beiden Patientengruppen zeigten sich deutliche Unterschiede in der Begründung für Arztwechsel. Betrachtete man die Begründungen unter frequenzanalytischen Gesichtspunkten zeigte es sich, dass nach Aussagen der deutschen

Patienten zehn Arztwechsel auf Grund von Ortswechseln oder Praxisschließungen erfolgten und vier Arztwechsel auf Grund von Unzufriedenheiten unterschiedlichster Art. Bei den Migranten war die Aussagelage hingegen umgekehrt. Von diesen gaben zehn Patienten an, ihren Arzt aus Gründen der Unzufriedenheit gewechselt zu haben und nur vier Patienten gaben einen Ortswechsel oder die Praxisschließung als Begründung an.

3.5.1. Ortswechsel

„Aber dann sind wir umgezogen und sie ist dann in Rente gegangen, sie praktiziert nicht mehr.“ M23 - § 440

Diese Aussage, exemplarisch von einem Migranten getätigt, beschrieb den plausibelsten Grund des Arztwechsels. Entweder wechselte der Patient seinen Wohnort oder der Arzt ging in Rente bzw. verstarb oder schloss aus anderen Gründen die Praxis. In die gleiche Kategorie fielen auch die Begründungen, dass der jetzige Arzt besser zu erreichen sei, als sein Vorgänger.

„[...] wegen der alten, kranken Leute, ich musste immer ein Fahrzeug haben oder war auf den Bus angewiesen und konnte vormittags nicht aus dem Haus. Das war dann der Grund, eh, das ich gewechselt habe, weil die Arztpraxis in H. war“ D13 - § 14

Diese Begründungen hatten primär nichts mit der Persönlichkeit des Arztes und der Arzt-Patientenbeziehung zu tun.

Auffällig war hierbei jedoch der bereits eingangs erwähnte Aspekt, dass der Arztwechsel auf Grund solcher äußeren Einflüsse in der deutschen Patientengruppe häufiger genannt wurde, als in der Patientengruppe der Migranten. Die Ursachen der Unzufriedenheit waren in beiden Patientengruppen jedoch, bis auf wenige Ausnahmen, vergleichbar.

3.5.2. Unzufriedenheit

Zu Grunde lag bei der Unzufriedenheit in beiden Patientengruppen der Aspekt, dass der Patient sich nicht ernst genommen fühlte.

„Weil ich damals einfach gemerkt habe, dass ich die Entwicklung meiner Erkrankung, meiner Behinderung, oft so ausgewirkt hat, dass man oft lange nicht erklären konnte, was das Problem war - das auch zum Teil bis heute noch nicht kann - und ich schnell gemerkt habe, dass man mich einfach nicht ernst nimmt. Also entweder hatte ich dann so Sachen wie, dass, dass dann die Leute mich am liebsten gleich sozusagen im nächsten Krankenhaus eingesperrt hätten, eh, für den Rest meines Lebens, oder ich hatte die Situation, dass die Leute gesagt haben: "Eh, geht mich nichts an, kann ich nichts mit anfangen, ich kann nichts für Sie tun, tschüss.".“ D24 - § 20

Ebenfalls bei beiden Patientengruppen tauchte das Motiv der unzureichenden Behandlung auf.

„M15: Und wieso ich um einfach zu sagen von ihm weggegangen bin, ist weil ich mich über sehr lange Zeit über merkwürdige Anzeichen der Verschlechterung meiner Gesundheit beklagt habe und meine Mutter war an Diabetes erkrankt und insofern ich selbst eine Ausbildung zur Altenpflegerin gemacht habe, weiß ich, dass es vererbt wird und nichts desto trotz hat [er] keine umfassenden Blutuntersuchungen auf Zucker gemacht. Die übliche Analyse hat nichts gezeigt, bis ich im vergangenen Jahr bei der Arbeit in Ohnmacht gefallen bin und man mich ins Krankenhaus gebracht hat und mir gesagt hat, dass ich Zucker habe. Wobei der Zucker(wert) sehr hoch gewesen ist, so dass ich praktisch hätte ins Koma fallen können. Das war für mich schockierend und ich bin von ihm weggegangen.

Interviewer: Das war ein Grund / Anlass von ihm wegzugehen?

M15: Ja, das war ein Grund wegzugehen

Interviewer: Die Ursache

M15: Warum? Weil ich finde, dass ein Arzt diesbezüglich eigentlich die Initiative ergreifen sollte“ M15 - § 2 - 6

Bei einigen Migranten wurde diese unzureichende Behandlung an einer oder mehreren konkreten Begebenheiten fest gemacht, die das Arzt-Patienten-Verhältnis in einem Maße untergruben, dass die Patienten sich veranlasst sahen, ihren Arzt zu wechseln. Dabei war, wie an dem genannten Beispiel ersichtlich, die Behandlung nicht nur auf das Therapieren

einer Erkrankung einzugrenzen. Sie umfasste auch andere Aspekte einer „guten Behandlung“, wie eine ausreichende Prävention vor Erkrankungen oder das frühzeitige Stellen der vollständigen und richtigen Diagnose welches dann die medizinisch korrekte Behandlung nach sich zog.

Ein damit verknüpfter Punkt, der genannt wurde, war, dass der Patient mit der verordneten Behandlung nicht einverstanden war. Davon ließ sich noch der Punkt abgrenzen, dass er zwar die Behandlung an sich tolerierte, den Therapieerfolg aber nicht sah, oder damit unzufrieden war. Letztendlich konnte man diese Punkte jedoch dahingehend vereinfacht zusammenfassen, dass der Patient die Behandlung durch den Arzt für sich als falsch empfand.

„Und das Einzige, was immer war, abnehmen. Abnehmen, abnehmen. Ich sage, nu das ist doch nicht unbedingt von „Abnehmen“, unsere Mutter war wie ein Küken. Und er sagt, „nu ja, aber abnehmen“, und alles. Und wot nach der Lähmung bei V. war es auch, wot er, bei ihm tut das alles weh, alles, - abnehmen. Ich sage, nu das kommt doch nicht davon, das tam „abnehmen“, er hat damals schon so abgenommen, über 10 Kilogramm, kann man doch sehen, dass (,) Nein, er sogar! (,) Abnehmen und alles. Nu so haben wir von ihm gewechselt.“ M18 - § 143

„Ach, das war, der hat mich gestreckt und gemacht und hat nichts bei rumgekriegt, also, das war, hm, nein, muss man nicht wieder haben“ D10 - § 12

Dabei war es unerheblich, ob die genannte Therapie an sich wirkungslos war oder nicht, der entscheidende Grund war, dass der Patient nicht an den Erfolg der verordneten Behandlung glaubte und er ein anderes Therapieverständnis hatte als sein Arzt. Vom Arzt wurde dann erwartet, diese Zweifel zu erkennen und Alternativen aufzuzeigen, ansonsten war ein unterschiedliches Therapieverständnis ein Grund den Arzt zu wechseln.

3.5.3. Praxispersonal

Zusätzlich zu den bisher genannten Gründen wurde auch in beiden Patientengruppen das Personal als nicht zu vernachlässigender Punkt genannt, der für einen Arztwechsel ausschlaggebend sein konnte.

„Aber nicht wegen dem Hausarzt, sondern wirklich nur wegen dem System drum rum, also wegen seiner Praxis, ne? Wegen dieser Unfähigkeit, aber nicht wegen dem Hausarzt, überhaupt nicht.“ D23 - § 26

3.5.4. Sprache und Geschlecht

Einer der Gründe, die ausschließlich bei Migranten genannt wurden war die Sprachbarriere zwischen dem Deutsch sprechenden Arzt und dem hauptsächlich russischsprachigen Patienten.

M12: Es ist gleichbedeutend damit, dass wir uns mit dir treffen, Landsleute, verstehst du, aus einem Staat, so hat sich es ergeben als ob wir uns hier treffen, to konecno(-)

Interviewer: Man fühlt sich anders.

M12: Weil man aus dem gleichen Land kommt.

Interviewer: Weil man sich anders versteht.

M12: (-)Das ganze Leben hat man zusammen gelebt“ M12 - § 283 - 287

Dabei war aber wichtig zu beachten, dass damit nicht nur die Unverständlichkeit der Sprache an sich eine Grenze zog, sondern auch die gefühlte Barriere zwischen den Kulturen.

Ebenfalls nur bei den Migranten wurde das Geschlecht des Arztes als Grund für einen Arztwechsel genannt.

„[...] wot ich habe mich entschlossen, mit einer Frau darüber zu reden. Ich brauchte damals in dem Moment, in meiner Situation, habe ich eine Frau gebraucht.“ M4 - § 183

Bei den deutschen Patienten wurden keine Aussagen zu einem Arztwechsel auf Grund des Geschlechtes gemacht, es ist jedoch gut vorstellbar, dass dieser Punkt auch in der deutschen Gruppe genannt werden könnte.

3.5.5. Fazit

Letztendlich ließ sich sagen, dass, bis auf den Punkt der Sprachbarriere, die Gründe, aus denen ein Arztwechsel getätigt wird in beiden Patientengruppen die gleichen waren. Sie gliederten sich grob in Gründe, die durch externe Umstände bedingt waren, wie Ortswechsel oder Praxisschließung und in interne Gründe, die im Arzt-Patienten-Verhältnis zu finden waren. Auffällig im Vergleich der Patientengruppen waren an sich also nicht die Gründe, aus welchen der Arzt gewechselt wurde, sondern die unterschiedliche Häufigkeit wie häufig „äußere“ oder „innere“ Argumente eine Rolle spielten.

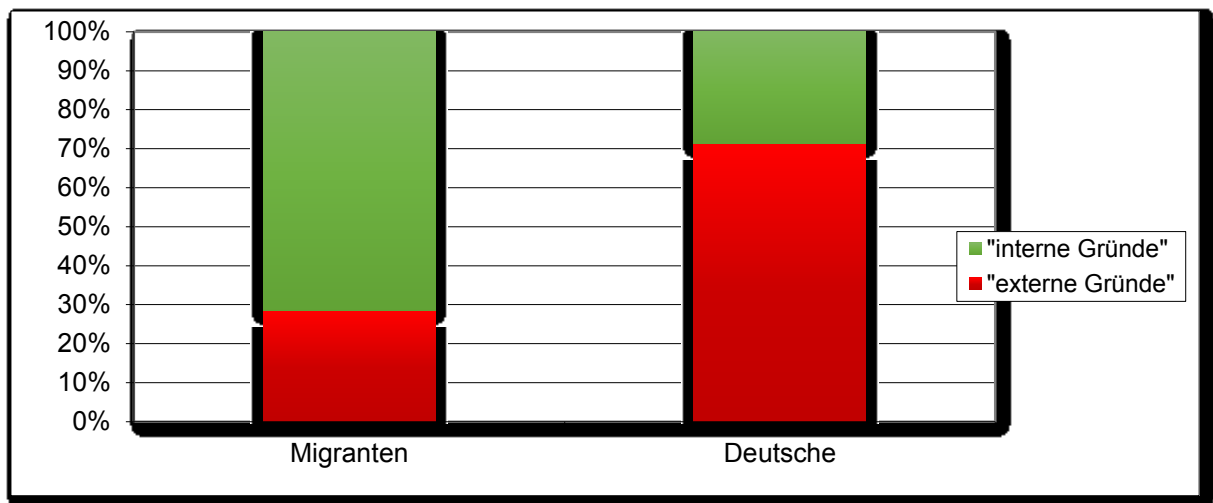


Abbildung Nr. 5: Gründe für Arztwechsel

3.6. Compliance

Die überwiegende Mehrheit der Teilnehmer, sowohl auf Seite der Deutschen, als auch auf Seiten der Migranten, gab an, dass sie den Ratschlägen ihres Arztes konsequent folgen würden und ein kooperatives Verhalten bei der Therapie an den Tag legten – kurz, eine gute bis sehr gute Compliance besäßen. Auf Seiten der deutschen Patienten tätigten diese

Aussage fast alle Patienten (20 von 22), auf Seiten der Migranten ließen die Aussagen nur bei zwölf von 22 Patienten eine gute bis sehr gute Compliance vermuten.

„Aber wenn ich dann mit so was auch hingehge und sie der Ansicht ist, dass etwas anderes besser wäre, dann sagt sie das auch. Und dann begründet sie es und dann sage ich "Ok, dann machen wir das."“ D24 - § 54

„Nun weil wenn du zum Arzt gehst, glaubst du ihm bedingungslos. Ich zum Beispiel, woher soll ich wissen, was und wie. Natürlich gehe ich hin und frage und wie er das empfiehlt, so mache ich das.“ M23 - § 174

Wenn die Teilnehmer zusätzliche Aussagen machten, woraus diese Compliance resultierte, wurde angegeben, dass der Arzt den Patienten überzeuge und deshalb seinem Urteil vertraut werde.

„Also ich möchte schon verstehen, was ich da machen muss oder was ich einnehmen muss oder warum ich es einnehmen muss, ehm, genau den Anspruch habe ich schon, aber das erklärt er mir auch.“ D20 - § 30

„Wir haben uns zusammen beraten und haben so entschieden“ M1 - § 265

Von einem einzelnen Patienten der Gruppe der Migranten wurde die Form der „Compliance durch den Krankheitsverlauf“ angesprochen. Damit ist gemeint, dass letztendlich nur der dramatische Verlauf der eigenen Erkrankung zur Einsicht führte, dass die Ratschläge des Arztes doch notwendig waren.

„[...] die Ärzte haben gesagt: "Gib das Rauchen auf." Ich hab geraucht! Mir haben 2 Packungen am Tag nicht gereicht. "Ah, geben Sie das Rauchen auf [...] Dann wot, als das mit dem Herzen passiert ist, wsö, ich lag fast einen Monat auf der Intensivstation und hab irgendwie unbemerkt mit dem Rauchen aufgehört“ M10 - § 249

3.6.1. Medikamenteneinnahme

Am Beispiel der Medikamenteneinnahme wurde zusätzlich verdeutlicht, wie stark die Patienten die Anweisungen ihres Arztes befolgten. Dort ließen sich noch mal zwei

Gruppen der Aussagen unterscheiden, nämlich zum einen die Patienten, die die Medikamente einnahmen, weil sie von deren Notwendigkeit überzeugt waren -,

„Also ich lese die Beipackzettel durch, manchmal wird mir schwindelig davon, aber es nützt mich ja nichts, ich muss sie ja einnehmen“ D11 - § 20

Interviewer: Aber was zum Beispiel die Tabletten betrifft, die nehmen Sie regelmäßig?

M6: Ja. Das ist bei mir (,) das verstehe ich ausgezeichnet, dass es nicht für irgendwen, sondern für mich ist. Ich nachdem, was ich erlebt habe, will ich so was nicht mehr (,)“ M6 - § 233 - 234

zum anderen die Patientengruppe, die Medikamente nahmen, weil sie ihrem Arzt Vertrauen entgegen brachten und der ihnen die Medikamente verschrieben hatte.

„[...] ich hab da so ein, wie soll ich sagen, so ein Urvertrauen halt, der war mir auch sympathisch und da hab ich gespürt, da bewegt sich was zwischen uns und da hab ich dann nicht oder da frage ich dann nicht nach. Erstens verstehe ich den ganzen Zink nicht, der da auf dem Beipackzettel steht und da steht ja so viel drauf“ D12 - § 24

Ausschließlich in der Gruppe der Migranten wurde eine völlig fehlende Compliance in puncto Medikamenteneinnahme beschrieben. Dort gab es zwei Patienten, die keinerlei Medikamente nahmen, bzw. auch fest verordnete Medikation nur als Bedarfsmedikation nach eigenem Ermessen nahmen.

Interviewer: Wenn Sie merken, dass es Ihnen schlecht geht, dann nehmen Sie sie (?)

M17: Ja. Ja, ja, ja, ja, ja.

Interviewer: Und wie empfiehlt das die Ärztin?

M17: Sie empfiehlt, man solle sie ständig nehmen. Sie merkt, dass ich lange mir keine Tabletten habe verschreiben lassen, wenn ich zu ihr komme, wenn es mir wieder ganz schlecht geht, sagt sie "Sie nehmen die Tabletten wieder nicht, tuda-syuda, oj, muss man, Frau M17, muss man doch nehmen, muss man regelmäßig nehmen"...

Interviewer: Wenn man so hört, haben sie doch irgendwelches Gefühl, auf Grund dessen Sie so machen (?)

M17: Ich(,) Weil, verstehst du, wenn ich die Nebenwirkungen lese(,) Wot ich nur deswegen. Nicht, weil sie es mir nicht richtig verschreibt, sie verschreibt es richtig und alles. Sondern, wenn ich die Nebenwirkungen lese, dann möchte ich diese Tabletten nicht mehr nehmen.“ M17 - § 127 - 132

3.6.2. Verhaltensänderung

Mangelhafte Compliance wurde hauptsächlich in Bezug auf Vorschläge zur Verhaltensänderung berichtet. Insbesondere Diabetespatienten gaben zu, dass sie da die Ratschläge des Arztes nicht immer befolgen würden.

„Gut, das mit dem, mit dem Diabetes das ist nicht immer machbar, man (.) tut auch mal in Anführungsstrichen ein bisschen "sündigen" mit Kuchen, wie es sich halt ergibt, aber normal die Regel tu ich mich schon halten.“ D5 - § 20

„M6: [...] aber ich bin sündig, alle sind sündig. Manchmal habe ich Lust auf etwas Süßes (.) Manchmal schlage ich übermäßig zu. Es verdreht sich im Inneren wie bei einem Süchtigen, vot, du möchtest etwas Süßes (.)

Interviewer: Das ist das Hauptproblem, dass Sie etwas Süßes möchten?

M6: Nu, am Gewicht muss man (,) "abnehmen". Ich vergesse schon das russische. Du musst abnehmen, ich verstehe das ausgezeichnet, dass alles überflüssig ist, ich muss 30 kg abnehmen. Aber (,) wie man sagt, der Magen nimmt das nicht an, das Gehirn versteht es, aber der Magen möchte es nicht.“ M6 - § 228 - 230

Auch eine grundlegende Skepsis gegenüber den Ratschlägen des Arztes konnte sowohl bei den Deutschen, als auch bei den Migranten erfasst werden.

„Ehm, man, man kann sich das anhören, vom Arzt, man muss das aber selber ausprobieren, ja. (..)“ D9 - § 30

„Wir sind selber gute Ärzte.“ M11 - § 308

3.6.3. Fazit

Zusammenfassend blieb festzuhalten, dass in beiden Patientengruppen der Anteil der Patienten mit guter Compliance gegenüber den Patienten mit mangelhafter Compliance überwog. Jedoch war dieser Anteil bei den Deutschen höher als bei den Migranten.

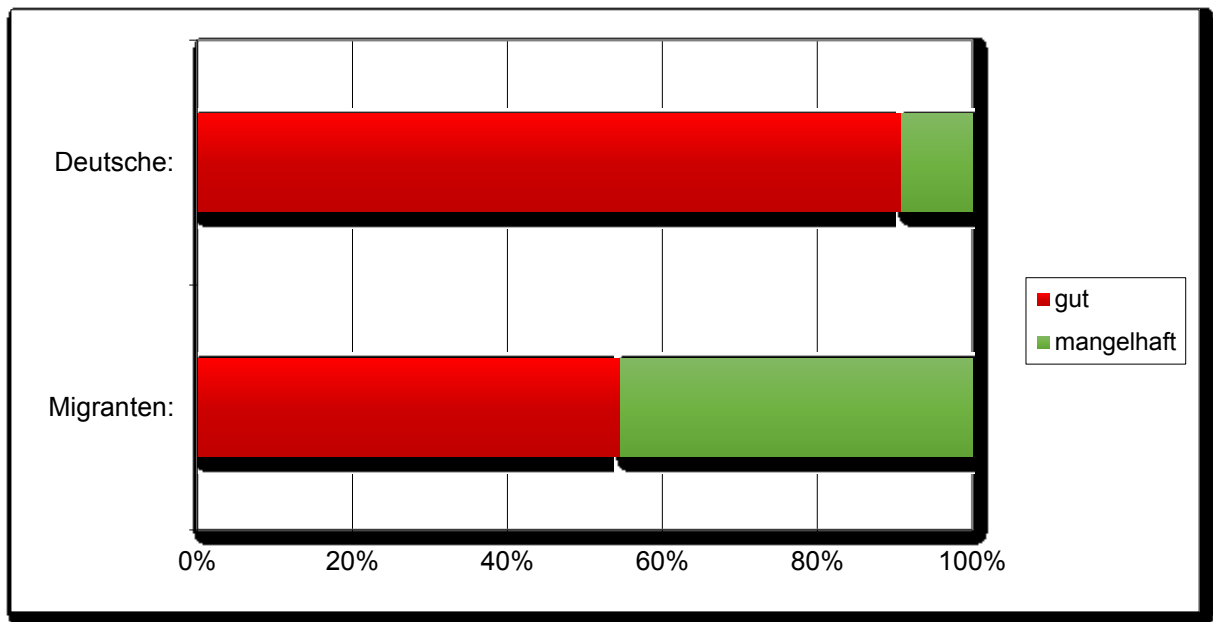


Abbildung 6: Compliance

Fehlende Compliance war zum einen auf mangelnde Disziplin im Bereich der Verhaltensänderungen oder zum anderen auf eine Skepsis gegenüber den ärztlichen Ratschlägen zurückzuführen. Dieser Mangel an Compliance war auch in beiden Patientengruppen zu finden, bei den Migranten aber stärker ausgeprägt. Während bei den Deutschen nur jedem zehnten Patienten mangelnde Compliance bescheinigt werden konnte, war es bei den Migranten fast die Hälfte der Patienten, die den Ratschlägen ihrer Ärzte skeptisch gegenüber standen. Die ausgeprägteste Form dieser fehlenden Compliance, die Zuwiderhandlung gegen ärztliche Verordnungen auf Grund von Ängsten vor den Nebenwirkungen von Medikamenten wurde ausschließlich in der Gruppe der Migranten beschrieben.

3.7. *Eigeninitiative*

Unter dem Code „Eigeninitiative“ wurden Aussagen zu Selbsteinschätzung der Patienten eingeordnet. Der Themenkomplex behandelte Fragen, ob die Patienten aktiv Teilhabe an ihrer Behandlung hätten, indem sie ihre Behandlung überdenken würden, und versuchten ihre eigenen Behandlungskonzepte mit denen ihres Arztes in Einklang zu bringen oder ob die Patienten dem Arzt als Experten ihre Behandlung komplett überlassen würden ohne sich mit dem Behandlungsplan auseinanderzusetzen.

Demnach wurden die Patienten je nach ihren Aussagen in die Kategorien „aktiv“ oder „passiv“ eingeteilt. „Aktiv“ meinte dabei die aktive Teilhabe an der ärztlichen Behandlung, inklusive kritischer Auseinandersetzung mit den angedachten Therapieoptionen und der Erstellung eines gemeinsamen Behandlungsplanes in enger Zusammenarbeit mit dem Hausarzt. Ebenfalls unter „aktiv“ fiel die Bemühung um einen gesunden Lebensstil durch Sport und gesunde Ernährung.

Als „passiv“ wurde folglich das Gegenteil definiert, der Typus des Patienten, der im Arzt den Experten für seine Gesundheit sah und keine Bestrebungen machte diese Expertenmeinung zu kritisieren oder sich an der Entscheidungsfindung des Arztes zu beteiligen. Ebenso als Gegenbild des aktiven Patienten betrieb der Patient kaum Sport.

Betrachtete man das Verhältnis dieser Einteilung zueinander fielen markante Unterschiede zwischen den Gruppen der Deutschen und der Migranten auf.

3.7.1. Aktiv

Die Zusammenfassung aller Patienten zeigte eine deutliche Mehrheit der Patienten, die sich selber als aktive Patienten darstellten. Genauer beleuchtet entfiel auf die Gruppe der Deutschen nur ein Patient, der als passiv zu bezeichnen war, in der Gruppe der Migranten

lag dieser Anteil höher, bei fünf Patienten. In ihrer Form der Aktivität unterschieden sich die Gruppen jedoch kaum.

Aktivität drückte sich in beiden Gruppen in der Erstellung ihres eigenen Behandlungsplans aus, welcher dann in Zusammenarbeit mit dem Arzt auf einen gemeinsamen Behandlungsplan gebracht wurde. Die Patienten nahmen die Aussagen ihres Arztes nicht einfach als gegeben hin, sondern hinterfragten ihre Behandlung und fragten bei ihrem Arzt auch gezielt nach, mit dem Ziel einen Konsens über ihre Therapie zu erreichen.

„[...] wenn er sagt: "mach das mal so und so" und ich, und ich denke mir, weil das Denken ausschalten ist ja auch blöd, ehm, dass er, dass er da vielleicht daneben liegen könnte, weil er eine Sache vielleicht nicht so bedacht hat, wie ich sie jetzt noch sehe oder so, dann sprechen wir halt drüber“ D20 - § 30

„Wot, sie hat mir dort für zwei Wochen einen Kurs verschrieben. Und, wot, dass ich den Blutdruck messe und einnehme, aber bisher sehe ich keine Wirkung. Ich werde gehen, wot, und sagen, dass sie es vielleicht, es ändern sollen“ M3 - § 310

Laut eigenen Angaben führte dieses Mitdenken und Mitgestalten am eigenen Behandlungsplan gelegentlich auch zur direkten Konfrontation mit dem Arzt. Wenn die Patienten über ihre Behandlung anderer Meinung waren, forderten sie den Arzt zur Diskussion auf, bis die Unstimmigkeiten beseitigt waren.

„Und dann auf einmal ist der gestiegen, da bin ich zum R. und hab als gesagt, ich kann's jetzt nicht mehr so halten, da muss was passieren“ D7 - § 30

„M25: Ich hab das für mich –

Interviewer: Sie haben einfach entschieden, dass das nötig ist

M25: Ja ich bin zu ihm gekommen und hab gesagt, ich will eine vollständige Untersuchung.“ M25 - § 70 - 72

Eng mit dem Hinterfragen verzahnt war das Bestreben nach mehr Informationen. In beiden Gruppen suchten die Patienten gezielt Informationen zu ihrem Krankheitsbild, ihren Medikamenten oder zu weiteren Therapieoptionen.

„Du lieber Gott, die Nebenwirkungen ist ja grausam. Und dann fangen wir an, meine Frau und ich, dann gucken wir im Internet nach wo sind welche Infos, was könnte da sein, Nebenwirkungen und so weiter und holen wir schon Erfahrungsberichte ein“ D10 - § 22

„[...] wot also bevor ich zum Arzt gehe, gehe ich erst ins Forum im Internet, wirklich, und schaue, was die Leute da sagen, welche Wege sie schon gegangen sind, dabei sind das einheimische Deutsche, die bestimmt wissen, was, wie und wo. Und erst danach gehe ich zum Arzt.“ M4 - § 112

Die Motivation dahinter war dabei oft vielfältig und variierte zwischen dem Gefühl, allein gelassen zu werden und dem regen Interesse der Patienten an detaillierten Informationen zu ihrer Erkrankung. Gerade in Bezug auf die Informationen zu den eigenen Krankendaten fanden sich in beiden Gruppen Patienten, denen es wichtig war, sich über den eigenen Krankheitsverlauf genauestens zu informieren.

„[...] das muss ich dem Dr. F. verdanken, der Dr. F. hat gesagt: nicht die Klinik hat ihre Unterlagen, sie müssen die Unterlagen haben, das ist ihr Körper und da müssen sie (,) und der hat mich so richtig ein bisschen aufgehetzt. Und seit der Zeit krieg ich jedes Mal wenn ich oben bin und die Blutwerte“ D1 - § 46

„Ich habe so eine Regel, wenn ich hier etwas bekomme, tam beim Facharzt oder so. Man sagt immer, bringen sie das ihrem Hausarzt. Ich mache immer zuerst eine Kopie. Und erst dann bringe ich das weg. Obwohl sie sagen, geben sie das ab, sie geben das auch verschlossen, bringen sie das dem Arzt. Ich aber öffne das, mache eine Kopie und ich bitte sie manchmal eine Kopie zu machen. Wot. Also ich habe das alles.“ M24 - § 100

Eine andere Form der Aktivität war die sportliche Betätigung als aktiver Beitrag zur eigenen Gesundheit. In beiden Gruppen fanden sich Patienten, die neben ihrer Behandlung durch den Arzt auch darauf bedacht waren, durch Sport, Bewegung und motorische Übungen fit und gesund zu bleiben.

„Normalerweise gehe ich walken. Bei dem Wetter ist das immer ein bisschen eingeschränkt, ne, ich mach Sport Montag, mit einer Ärztin aus M. Das mach ich schon seit zehn Jahren, da ist immer so ne (h) so ne Gruppe“ D22 - § 6

„[...] ich führe so einen aktiven Lebensstil (.) auf dem Fahrrad, mache Sport, auf Skiern, ich fahre Schlittschuh (.) wot und deshalb, also (.) nu, wot, ich habe eine Datscha (.) so fahre ich die ganze Zeit mit dem Fahrrad, wot, solange gutes Wetter ist, fahre ich.“ M3 - § 198

Neben dem Sport waren auch die regelmäßigen Vorsorgeuntersuchungen ein Zeichen für die aktive Teilhabe an der Gestaltung eines gesunden Lebens. Ebenfalls in beiden Patientengruppen ließen sich Patienten finden, die diese Vorsorgeuntersuchungen wahrnehmen.

„Ich bin bis ins hohe Alter, muss ich ja jetzt schon sagen, immer noch regelmäßig jedes Jahr zum Frauenarzt gegangen, jetzt aber seit zwei Jahren nicht mehr. Habe aber vor, ich möchte doch noch mal gehen. Ich hab nämlich gefragt, wie lange muss ich noch hier hinkommen und da haben die gelacht und haben gesagt, so lange wie sie möchten“ D6 - § 8

„[...] als ich schon alle Leistungen von Krankenversicherungen durchgegangen bin, wo ich gewusst habe, dass man einmal so einen Check, Gesundheitscheck machen sollte und damals bin ich gezielt hingegangen.“ M2 - § 118

3.7.2. Passiv

Der Anteil der Patienten, die nach ihren Aussagen als passiv einzustufen waren, war im Vergleich der Gruppen bei den Migranten höher. Dort sahen sich fünf Patienten nicht in der Pflicht, neben dem Besuch beim Hausarzt noch etwas Zusätzliches für ihre Gesundheit zu tun.

Analog zur Aktivität hatte auch diese Passivität diverse Ursachen. Zu nennen war da an erster Stelle die eigene Untätigkeit. Dabei war das Wissen, mehr für die Gesundheit zu tun vorhanden, trotzdem kam man nicht dazu.

„[...] ich versuche immer mal in bisschen abzunehmen, was nicht klappt, so, diese Geschichten oder auch, ja, Sport treiben sollte man ja auch mehr und, ja. Ich versuche es, aber es klappt halt auch nicht immer“ D19 - § 34

„Nu, dort ist ja ein Kurort [...]. Dort hab ich 11 kg abgenommen(.) Nu, ich hab mich da selber viel beschäftigt (mit Sport). Viel (Sport) hab ich unternommen. Als ich dann nach Hause gekommen bin(.) zu Hause hab ich weitergemacht und jetzt, siehst du, bin ich faul geworden. „Ich laufe den Berg hoch“, ich habe 30 kg zugenommen, nach dem Krankenhaus“ M20 - § 326

Ein weiterer genannter Grund für passives Verhalten war der Respekt vor dem Arzt und dessen Expertise.

„Interviewer: Scheint es Ihnen, dass die Verordnungen immer vernünftig sind, dass sie gut sind, oder fragen Sie manchmal vielleicht, ob das (die Verordnung) nicht sein muss?

M12: Nein, das mache ich nicht. (.) Das sind gebildete (mit guten Kenntnissen) Menschen, sie wissen was (h) du brauchst, sie haben das verschrieben, i vot eto, du gehst hin und wieder verschreiben sie dir diese Tabletten, nach drei Monaten gehst du hin und sie geben dir diese Tabletten“ M12 - § 265 - 266

In einer ähnlichen Argumentation wurde die Passivität zusätzlich mit dem eigenen Stolz begründet. Wie in dem nachstehenden Zitat beschrieben, empfand sich der Patient als Bittsteller, wenn er den Arzt nach einer anderen Behandlung fragte und als solcher fühlte er sich dem Arzt gegenüber unterlegen.

„Interviewer: [...], denkt ihr gleich über sie (die Behandlung) oder wie kommt es dir vor? Dass man dich zum Beispiel auf andere Weise behandelt oder

M19: Nun, ich habe solche Gedanken. Dass wenn das nicht hilft, sollte man das vielleicht lieber das probieren.

Interviewer: Und was sagt sie?

M19: Ich schlage ihr das doch nicht vor, ich denke nur daran

Interviewer: Und was hindert Dich daran, ihr zum Beispiel zu sagen: Also ich habe hier nachgedacht, vielleicht probieren wir das und das. Was denken sie, würde das einen Sinn machen?

M19: Aber das ist dann so, als ob ich mir selbst eine Diagnose stelle und selber den Vorschlag mache, vielleicht verschreiben sie mir so eine Behandlung. Aber ich, vielleicht bin ich einfach so ein Mensch. Nein, dann eben nein. Sie fragen nicht, dann ist es nicht nötig, dann schaffe ich es selbst irgendwie. [...] Es kommt so als ob man etwas erbetteln würde. [...] Das ist aber bei jedem Arzt, bei jedem Arzt.“ M19 - § 297 – 302, § 304, § 306

Die gefundene Mutmaßung, dass die Migranten eher passivere Patienten waren, als die Deutschen, wurde auch durch andere Migranten gestützt. Obwohl sie selber aktive Patienten seien, charakterisierten sie ihre Landsleute als eher passive Bürger.

„Interviewer: Dort ist die Rolle des Patienten eher passiv oder hier?

M16: Dort, dort passiv. Und diese Patienten sind, sind hierhergekommen, sie, sie(,)

Interviewer: Und Sie denken, dass sie so bleiben, dass "mir irgendjemand irgendetwas sagen soll"(?)

M16: Natürlich, natürlich.“ M16- § 131 - 134

3.7.3. Fazit

Alles in allem ließ sich die Mehrheit des Patientenkollektivs als „aktive Patienten“ bezeichnen. Ihre Aktivität zeigte sich dadurch, dass sie den Arzt hinterfragten, sich selber über ihre gesundheitsrelevanten Themen informierten, sich sportlich betätigten und die Vorsorgeuntersuchungen wahrnahmen.

Im Gegensatz dazu zeichneten sich die passiven Patienten dadurch aus, dass sie sich aus eigener Gemütlichkeit oder einem hohen Maß an Respekt dem Arzt gegenüber nicht in ihre Behandlung einmischten. Der Anteil dieser passiven Patienten ist in der Gruppe der Migranten deutlich höher, als in der Gruppe der Deutschen.

3.8. Nutzung von alternativen Heilverfahren

Eine Frage, die in den Interviews angesprochen wurde, war der Punkt, inwiefern die Studienteilnehmer neben der klassischen Schulmedizin auch andere Formen der Behandlung wählten, wie beispielsweise Homöopathie, Kräutermethoden oder volkstümliche Medizin.

Grundsätzlich blieb festzuhalten, dass die Aussagen der Patienten zu diesem Punkt eine extreme Bandbreite aufwiesen, von absoluten Befürwortern der Alternativmethoden bis hin zu deren schärfsten Gegnern. Aber auch in Bezug auf die Formen der alternativen Methoden, von Tees und Kräuteraufgüssen bis hin zum Besuch beim Wunderheiler.

In der Formulierung der Frage an die Patienten wurden die Begriffe „Naturheilkunde“, „alternative Medizin“ und „volkstümliche Medizin“ verwendet. In den folgenden Aussagen der Teilnehmer lagen allerdings diverse Definitionen dieser Begrifflichkeiten vor.

„Nur so von der Apotheke solche, wissen sie so (h) Multivitamin und so was.“ D1 - § 62

„[...] ich, eh, bin da mehr auf Hausmittelchen aus“ D16 - § 26

„[...] nur Kräutertees, sonst nichts“ M5 - § 352

„Es gibt eigentlich überall Phytoprodukte“ M4 - § 279

„[...] ich bin zum Beispiel der Homöopathie sehr aufgeschlossen und dafür eher noch den Schüßler-Salzen, weil ich mich da besser auskenne“ D23 - § 80

„Akupunktur, da stehe ich drauf“ D14 - § 52

„Ich war schon früher beim Heilpraktiker“ D7 - § 46

„[...] ich habe sogar Yoga gemacht“ M3 - § 92

„Interviewer: [...] womit hilft er ihnen, oder was geht in Ihnen vor, was wird besser?“

*M20: Irgendwelche Energie, irgendwie. Er macht Energie. Mir geht es dann besser“ M20
- § 362 - 363*

So weit das Feld dessen war, was die Patienten unter alternativen, naturheilkundlichen Therapien verstanden, so breit war auch deren Einstellung dazu. Im Folgenden wurden die Haltungen der Patienten in verschiedene Gruppen eingeteilt und innerhalb der einzelnen Gruppen erfolgte der Vergleich zwischen den Migranten und den Deutschen

3.8.1. Ablehnende Haltung

„[...] ich, ehm, könnte jetzt lange erzählen, ehm, warum ich eh, sagen wir mal diese Form der Behandlung ablehne und, äh, sie als, ehm, in den Bereich der Suggestion und der, ehm, manipulativen Placeboartistik, (h) schieben möchte“ D17 - § 59

„Und Heilmittel ist eine Form des Betrügens der Bevölkerung. Im wahrsten Sinne des Wortes.“ M15 - § 245

In beiden Patientengruppen fanden sich Aussagen wie diese, in denen eine grundsätzliche und absolut ablehnende Haltung gegenüber alternativen Heilmethoden zum Ausdruck kam. Teilweise hatten die Patienten dabei selbst mit solchen Behandlungsmethoden Erfahrungen gesammelt oder sie kannten sie nur von Bekannten – ihre Meinung jedoch war eindeutig.

Selbst wenn die Einstellung gegenüber Naturheilkunde nicht so negativ ausgeprägt war, wie in obigen Beispielen, nutzte etwa die Hälfte der Patienten trotzdem keine alternative Medizin. Sowohl bei den Migranten als auch bei den Deutschen sahen viele keine Notwendigkeit dafür.

„Bin ich nicht abgeneigt. Muss ich sagen. Aber, hab es bis jetzt noch nicht so weiter gebraucht“ D19 - § 50

3.8.2. Nahrungsergänzungsmittel

Als gesundheitsfördernde Maßnahmen neben der klassischen Schulmedizin erwähnten einige Patienten die Eigentherapie mit Nahrungszusätzen.

„Also zum einen weniger Nebenwirkungen, zum anderen es ist konzentriert und es wirkt deshalb sehr gut. Deshalb. Wot deshalb habe ich diese Vitamine ausgesucht, das ist einfach ein Nahrungszusatz, sagen wir, wot so, aber es wirkt sehr, sehr gut.“ M4 - § 279

Wie in dem Zitat bereits genannt, waren bei der Nahrungsergänzung die Vitamine führend. Andere Maßnahmen im naturkundlichen Bereich lehnten diese Patienten ab. Wie auch die Patienten mit ablehnender Haltung kamen die Patienten, welche Nahrungszusätze nutzten ungefähr gleich häufig bei den Migranten und bei den Deutschen vor.

3.8.3. Hausmittel und Kräuter

„Wenn es nicht so schwerwiegende Sachen sind, dass es von jetzt auf gleich helfen muss, zum Beispiel im Erkältungsbereich, überhaupt kein Thema. Machen wir gerne. [...] alte Hausmittelchen, das ist alles gar nicht so verkehrt“ D10 - § 36, § 38

Diese Form der Therapie wurde von den Patienten gerne genutzt, insbesondere in der Form, wie im Zitat es schon angedeutet. Bei Erkältungen oder Erkrankungen in denen der Patient schon Mittel zur Therapie benötigte, den Besuch bei seinem Hausarzt aber noch nicht als notwendig erachtete.

Die Anwendung dieser Mittel war dann häufig schon nach tradiertem Rezept und von Kindesbeinen an gewohnt.

„Für die Kinder habe ich gegen den Husten ein Rezept meiner Großmutter (lacht).“ M7 - § 416

Ein deutlicher Unterschied in den Patientengruppen lag bei der Verwendung von Kräutern vor. Zwar gab es bei den Deutschen auch Patienten, die oft diese Form der Selbsttherapie nutzten, allerdings lag der Anteil bei den Migranten höher. Auch die Form der Zubereitung, nämlich als selbst gezogene und zubereitete Kräuter wurde bei den Migranten öfter erwähnt.

„Nu, hier gibt es eine begrenzte Anzahl. Nur wenn ich dorthin fahre, ja, nu, wot ich möchte sehr gerne finden, wot, hier kann ich keine schwarze Eberesche finden. [...] und dort wot bei uns in der Ukraine wächst sehr viel. Hier, wot versuche ich, tam, sie mir selbst vielleicht irgendwohin zu pflanzen.“ M3 - § 396, § 398

Das Verständnis der Heilkraft von Kräutern und die Behandlung mit selbigen erschienen bei den Migranten geläufiger und verbreiteter. Dass sie Kräuter selber im Garten pflanzte oder in der Natur suchte – bzw. falls sie sie nicht fand, importierte - und diese zu Tee oder Aufgüssen verarbeitete gab bei den Deutschen nur eine Patientin an.

3.8.4. Homöopathie, traditionelle chinesische Medizin – institutionelle Medizin

Unter diesem Punkt wurden die Formen der Naturheilkunde zusammengefasst, die der Patient nicht eigenständig ausübte, sondern wofür er einen Heilpraktiker oder Mediziner als Therapeuten benötigte. Namentlich genannt wurden hierbei Akupunktur, Homöopathie und allgemein der Besuch bei einem Heilpraktiker.

Im Gegensatz zu der Behandlung mit Kräutern waren für diese Formen der Medizin die deutschen Patienten eher zu begeistern, als die Migranten.

„Also ich bin zum Beispiel der Homöopathie sehr aufgeschlossen und dafür eher noch den Schüßler-Salzen, weil ich mich da besser auskenne“ D23 - § 80

„Akupunktur, da stehe ich drauf und habe ich bis dato auch immer bezahlt bekommen, sollte sie nicht mehr bezahlt werden und ich nehm sie in Anspruch, dann nehme ich sie trotzdem in Anspruch“ D14 - § 52

Das Hinzuziehen eines Heilpraktikers zusätzlich zum Hausarzt erschien gerade einigen deutschen Patienten als wichtige Ergänzung ihrer Therapie.

„Denn, eh, die Mediziner, die behaupten von sich, dass das das Alleinige ist, die (h) das stimmt nicht. Also man muss den Mensch als Ganzes und auch, wenn eine Möglichkeit erst mal ist, über so Verfahren und nicht gleich mit irgendwelchen Hämmern zu kommen“ D8 - § 40

Dabei legten die Deutschen aber Wert darauf, dass der Heilpraktiker gut ausgebildet war, bzw. dass mindestens der Hausarzt darüber informiert wurde und sich die Behandlung durch den Heilpraktiker somit auf eine ergänzende Therapieoption beschränkte, aber nicht auf den Ersatz der Schulmedizin abzielte.

„Und dann bin ich auch meistens zu einem gegangen, der Medizin studiert hatte und Heilpraktiker war. Also beides.“ D2- § 44

3.8.5. Wunderheiler

Eine Therapieform die ausschließlich von einem Patienten in der Gruppe der Migranten Erwähnung fand, ist die Therapie durch unergründliche Kräfte. Dieser Patient beschrieb den Besuch bei einem Heiler, der mit unerklärlichen Energien und Fähigkeiten heilte.

„M20: Wot tak - ich hab mitbekommen, wie ein Mann rein gekommen ist, wot, zwei Söhne haben ihn reingeführt. Wot, er hat sich mit seinem Rücken rumgequält, sagte, im Krankenhaus könne man nichts für ihn tun, die Spritzen spickt man, aber machen können sie da nichts. Ich war gerade an der Reihe. Man hat ihn vorgelassen, weil er nicht mehr konnte. Etwa 10 Min. war er drin, da sagt sie zu ihm: Steh auf! (lacht)

Interviewer: (lacht)

„M20: Steh auf! Da ist er aufgestanden (.) Als sie raus gegangen sind, hat er sich selber die Schuhe zugebunden, wsö. Er sagte zu ihm: nur setzt euch nicht gleich ins Auto, geht noch 20 min. spazieren. Dann könnt ihr heimfahren. Wenn es schlimmer wird, kommt zurück. Er ist nicht mehr gekommen. So hilft er vielen Leuten“ M20 - § 363 - 365

Auch ein weiterer Migrant berichtete von solcherlei Medizin, auch wenn er persönlich nicht viel davon hielt

„To jest, wenn man mir gesagt hätte, geh zu einer [Babka (pol. Großmutter)], die heilt, no ohne Verständnis davon, was sie heilt - ich würde natürlich nicht hingehen.“ M9 - § 287

3.8.6. Fazit

Insgesamt zeigte sich, dass die Frage nach „Naturheilkunde / alternative Medizin“ eine sehr breit gefächerte Palette an Antworten bot. Der Übergang zwischen den einzelnen Verfahren und ihrer Nutzung war in den Aussagen der Patienten auch eher fließend und nicht eindeutig abzugrenzen. Ungefähr die Hälfte aller Patienten nutzte, neben der klassischen, schulmedizinischen Behandlung durch ihren Arzt auch andere Verfahren, angefangen beim Kräutertee bis hin zum Besuch von Heilern. Bei diesen Patienten lag wiederum ein Schwerpunkt der Migranten auf der Kräutermedizin, also bei der Behandlung mit Kräutern, welche eigenständig zu Tee oder Aufgüssen verarbeitet wurden. Die Deutschen hingegen nutzten eher erweiterte Therapieangebote ihres Hausarztes oder eines Heilpraktikers wie traditionelle chinesische Medizin oder Homöopathie. Heilungen auf Grund von Metaphysischem wurde nur durch einen Migranten beschrieben.

3.9. *Der ideale Hausarzt*

Bei Betrachtung der Aussagen der Studienteilnehmer auf die Frage nach dem idealen Hausarzt, fielen auf den ersten Blick keine deutlichen Unterschiede zwischen den Migranten und den Deutschen auf. Im Großen und Ganzen ging es in beiden Vergleichsgruppen um die allgemeinen Erwartungen an den Hausarzt, wie Zeit, Kompetenz, Intelligenz etc. Erst bei genauerem Hinsehen erschlossen sich die Unterschiede, die eher zwischen den Zeilen, als im direkten Wortlaut anklangen.

Deshalb wurden als erstes die Ansprüche an den idealen Hausarzt, die beide Gruppen vereinen betrachtet, bevor im Weiteren die Unterschiede beleuchtet wurden.

Um eine strukturierte Unterscheidung der Patientenaussagen zu ermöglichen wurden die Aussagen der Studienteilnehmer schon bei der Auswertung mit MAXQDA vorsortiert, in dem sie jeweils einer Unterkategorie des Codings „der ideale Hausarzt“ eingeordnet

wurden. Die drei Subcodes sind: „fachlich“, „menschlich“ und „strukturell“. Die Unterscheidung folgte dabei der bereits unter dem Punkt „Zufriedenheit“ formulierten Einteilung (siehe Punkt 3.2.).

3.9.1. Fachliche Kompetenz

„Ja, für mich ist das Resultat wichtig. Wenn ich zum Arzt gehe, brauche ich ein Resultat, damit ich gesund werde. Dann wird er für mich ein guter Arzt. Wenn er dir die richtige Diagnose stellt.“ M23 - § 425

Diese beispielhafte Aussage eines Patienten betraf klar die fachliche Kompetenz des idealen Hausarztes. Sie ließ sich ohne weiteres auf das gesamte Patientenkollektiv übertragen. Es galt als grundsätzlich anzunehmen, dass jeder Patient, egal welcher Herkunft und welchen Hintergrundes von seinem Arzt erwartete, dass er richtig - im Sinne von gesundheitlich optimal - betreut wurde. Die Diagnosen des Arztes sollten zutreffend sein, vollständig und zur medizinisch korrekten Behandlung führen. Dem entsprechend sollte der Arzt auch intelligent, gebildet und erfahren sein. Ein explizit dafür genanntes Beispiel war die Kenntnis von pharmazeutischen Wirkungen und Nebenwirkungen, die der ideale Hausarzt beherrschen sollte.

„Na vor allem, aus meiner Sicht, na er sollte sich natürlich mit der Pharmazeutik auskennen, er sollte wissen, was für welchen Patienten geht, oder nicht geht [...]“ M4 - §257

Auch in weiteren Aussagen zur fachlichen Kompetenz ließen sich keine Unterschiede zwischen den Patientenkollektiven ausmachen. Von einem idealen Hausarzt wurde in Bezug auf seine fachlichen Fähigkeiten unter Anderem gefordert, dass er seine eigenen Kompetenzen, aber auch seine Grenzen erkennen und nicht überschreiten würde. Er sollte Patienten in dem Fall, dass er selber nicht mehr weiter käme, ohne falschen Stolz zur weiteren fachärztlichen Abklärung überweisen.

„[...] wie es ja so in der Theorie immer preisgegeben wird: Er stellt fest und verteilt dann, dass finde ich nicht schlecht. Er muss natürlich dann auch verteilen, wenn es [...] seine Kapazitäten übersteigt, da wo er nicht weiter kommt.“ D12 - § 34

In beiden Kollektiven war dazu die Meinung recht einheitlich, der Arzt sollte nicht experimentieren, er müsste auch nicht alles können, aber er sollte wissen, wann rechtzeitig zu überweisen sei.

3.9.2. Menschliche Qualitäten

Betrachtete man die menschlichen Qualitäten, die der ideale Hausarzt mitbringen sollte, so wurden auch dort viele Gemeinsamkeiten in den Aussagen der zwei Patientengruppen erkannt.

Von der Persönlichkeit her sollte der ideale Hausarzt eine offene und ehrliche Art mitbringen. Dabei spielte für die Patienten ein gewisser Grundoptimismus, der sich auch in Form von guter Laune niederschlagen würde, eine wichtige Rolle. Genauso sollte der ideale Arzt durch sein Auftreten und auch seine Bekleidung einen korrekten und seiner Position als Arzt angemessenen Eindruck vermitteln.

„Deshalb, Russe oder Deutscher, für uns spielt das keine Rolle(.) Hauptsache es ist ein Mensch“ M10 - § 402

Dieser Mensch sollte in seinem Auftreten Ruhe und Besonnenheit ausstrahlen. Zwei Patienten beschrieben ihn als eine väterliche Figur, einen freundlichen älteren Herrn mit der klassischen „starken Schulter“ zum Anlehnen.

Ein weiterer Begriff, der in den Patienteninterviews häufig genannt wurde, ist der Begriff des Beraters. Der ideale Arzt war in den Augen der meisten Patienten die Person, die dem Patienten beratend zur Seite steht, wenn er selber nicht mehr mit Fragen im Gesundheitssystem zu Recht kommt. Dabei war es davon unabhängig, ob die Fragen sich um die eigene Krankheit oder die Krankenkasse drehten. Der Hausarzt wurde somit als der Profi auf dem Gebiet der medizinischen Versorgung angesehen.

„Der müsste mich gut beraten können, ich muss ihn alles fragen können, (.) er müsste mir zu meiner Zufriedenheit Auskunft geben können und das erfüllt er“ D5 - § 24

Die Person des Arztes sollte außerdem zu einem vertrauensvollen Verhältnis einladen. Das Vertrauen würde sich dann aus vielen der bereits genannten Komponenten ergeben, nämlich dass er eben fachlich und menschlich kompetent sei.

„Das wichtigste ist das Vertrauen“ M2 - § 443

Die weitaus meisten Aussagen der Patienten, die unter dem Coding „menschlich“ zusammengefasst wurden, bezogen sich auf die Interaktion zwischen Hausarzt und Patienten. Der überwiegenden Meinung der Patienten nach, sollte er vor allem viel Zeit in die Patientengespräche investieren. Unabhängig von ihrer kulturellen Herkunft erwarteten die Studienteilnehmer von ihrem Arzt, dass er sich für sie Zeit nehmen würde, um ihnen umfassend zuzuhören.

„Also ich sage, dass er ein paar Minuten mehr haben sollte. Dass ich sehe, dass er wirklich an mir interessiert ist. Und nicht irgendwo bei einem anderen Patienten ist. Da muss man die Ärzte ein bisschen „entlasten““ M21 - § 58

Wie dieses Zitat verdeutlichte, war aber auch ein Bewusstsein dafür vorhanden, dass die Ärzte oft zu viele Patienten hatten und deshalb an Zeit sparten, was grundsätzlich auch Verständnis hervorrief. In den speziellen Fällen, in denen dem Patienten etwas wichtig erscheinen würde, sollte der ideale Hausarzt jedoch dann die nötige Zeit mitbringen. Um das zu erreichen müsste der ideale Hausarzt in einem System arbeiten, in dem mehr Ärzte für die gleiche Anzahl an Patienten existieren würden. Der Punkt „Zeit“ war somit weniger eine Anforderung an den Hausarzt an sich, sondern viel mehr an das ihn umgebende Gesundheitssystem.

Eng verknüpft mit dem Bedürfnis nach Zeit war der Wunsch der Studienteilnehmer nach einem Hausarzt, der ihnen voll und ganz zuhören würde.

„Also sich Zeit für den Patienten nehmen, das finde ich das wichtigste. Und zuhören können und nicht dogmatisch einfach seinen Stil, also es muss, der Patient muss beachtet werden“ D14 - § 44

Diese Aussage konnte in dem Sinne gedeutet werden, dass der Arzt das Gesagte beachten würde und es in seine Überlegungen mit einbeziehe. Aber auch in dem Sinne, dass er dem Patienten seine ungeteilte Aufmerksamkeit schenke. Ebenfalls sollte der Arzt mit seinen Gedanken bei dem Patienten und nicht bei einer anderen Sache sein.

„Der muss gut zuhören, nicht nur in sein PC reinkloppen, ich habe das Gefühl, es wird sich auch gerne versteckt hinter diesem, dass man ganz schnell seine Sachen da eingeben muss“ D23 - § 60

Weitere Aussagen zum idealen Hausarzt beinhalteten, dass der Hausarzt bedingungslos ehrlich sein müsste.

„Das ist die Pflicht des Arztes, dem Patienten die Wahrheit zu sagen. Aber ein nichtdenkender Mensch wird sagen, was bist du für ein Mistkerl, wieso bin ich zu dir gekommen? Das ist persönliche Freiheit, Entscheidungsfreiheit. Das ist das, wonach ich mich mein Leben lang gesehnt habe und hier bekommen habe. Ob ich zufrieden bleibe, ist die persönliche Frage, meine persönliche. Aber der Arzt sollte seine Pflicht tun. Er hat eine Diagnose gestellt, er muss sie mir ins Gesicht sagen.“ M15 - § 243

Das genannte Zitat mochte in der Deutlichkeit ein Einzelfall sein, aber es verdeutlichte gut, worum es auch bei vielen anderen Aussagen der Patienten ging: Mehr Inhalt, weniger Kunst. Der Hausarzt sollte kein Theater spielen und letztendlich dabei nicht viel Inhalt rüberbringen sondern er sollte eine Aussage ehrlich und offen treffen, so dass der Patient auch wüsste, womit er es zu tun habe.

3.9.3. Unterschiedliche Ansprüche an den idealen Arzt

Neben diesen Gemeinsamkeiten in den Aussagen der Migranten und der Deutschen standen einige Unterschiede in dem Anspruch, was ein idealer Hausarzt sein soll.

Ein Punkt im Rahmen der fachlichen Kompetenz, der nur von deutschen Patienten genannt wurde war die Verfügbarkeit des Hausarztes in Notfallsituationen.

„bloß wenn der Fall mal eintreten sollte, dass ich nicht könnte. Dass er dann rauskommen (...) muss oder sollte und nach mir sehen. Dass ist für mich sehr wichtig, weil ich ja alleine bin“ D2 - § 40

Dieser Punkt wurde von zwei deutschen Studienteilnehmern explizit betont, ob er den Migranten nicht wichtig war, oder einfach nicht genannt wurde, ließ sich aus den Aussagen nicht ermitteln.

Ein nächster Unterschied in den Aussagen, der sich nur zwischen den Zeilen manifestierte, war die Anforderung an den idealen Arzt, sich aus Eigeninitiative nach dem Befinden des Patienten zu erkundigen.

„Aber wenn ein Mensch schon mit entsprechenden Symptomen hingeht, dann ist es wünschenswert, dass der Hausarzt nach chronischen Erkrankungen des Patienten selbst fragt und welche möglichen Erkrankungen gab es in der Familie. Damit er sich ein Bild machen kann, womit er demnächst arbeiten wird“ M15 - § 171

Entscheidend hierbei war das „selbst fragen“. Während in der Vergleichsgruppe der Deutschen zwar auch beschrieben wurde, dass der Arzt Fragen stellen soll, klang dabei eher der Aspekt des Fragens im Sinne von „Interesse zeigen“ an.

„es reicht mir nicht, wenn er mein Handgelenk sieht und sagt: "oh, das ist ja kaputt", sondern dass er mich auch fragt: "Wie geht es dir" oder "wo hast du genau Beschwerden",“ D20 - § 40

In der Patientengruppe der Migranten entstand durch die gemachten Aussagen eher das Gefühl, dass der ideale Arzt den Patienten erforschen soll und von sich aus die richtigen Fragen stellen müsste, um zur richtigen Diagnose zu kommen. Es lag eine andere Bereitwilligkeit vor, von sich aus Auskünfte zu erteilen oder Informationen weiterzugeben. Auf der einen Seite erzählten die Patienten von sich aus viel, auf der anderen Seite erzählte der Patient nur, wenn er gefragt wurde. Im direkten Vergleich der Aussagen zeigte sich somit ein Gegensatz. Nach den Aussagen der deutschen Studienteilnehmer hatte der Patient selber die Bringschuld, dem Arzt das zu sagen, was von Belang sein könnte. Bei den Teilnehmern mit Migrationshintergrund lag die

Holschuld für Informationen tendenziell eher beim Arzt. Sollte dieser nicht die richtigen Fragen stellen, würde er auch nicht die wichtigen Informationen bekommen.

Ein dazu verknüpftes Thema bezog sich auf den Inhalt der Fragen des Arztes. Im Großen und Ganzen fanden sich sowohl in der Kohorte der Migranten als auch in der der Deutschen Teilnehmer, die mit dem Hausarzt eine ganzheitliche, auch das Persönliche beachtende Beziehung führen wollten. Der Gegensatz dazu fand sich nur in dem Patientenkollektiv mit Migrationshintergrund, denn dort war auch ein geringerer Anteil an Patienten, die den Hausarzt dann ideal fänden, wenn sie mit ihm eine ausschließlich sachliche und professionelle Beziehung führen würden. Der Hausarzt wurde in dieser Beziehungsform als reiner Dienstleister angesehen.

„Interviewer: Das heißt, der Hausarzt sollte nicht so ein Mensch sein, zu dem du irgendwie ein persönliches Verhältnis hast.“

„M8: Nein. Ich gehe da nicht hin, um zu reden, über meine Gesundheit. Ich gehe, um geheilt zu werden“ M8 - § 389 - 390

Nach der Ansicht dieser drei Patienten, die in dem Hausarzt einen Dienstleister sahen, sollte der Hausarzt, gerade bei Patienten in jungen Jahren, nicht auf die persönlichen Belange seiner Patienten eingehen, sondern schlicht und einfach dem Patienten die gewünschte Leistung erbringen.

„Wenn man arbeitet und krank ist, läuft man zum Arzt, damit er ihm ein Rezept ausstellt und ihn für drei Tage frei stellt – das braucht man.“ M1 - § 309

Suchte man in den Aussagen nach weiteren Unterschiedlichkeiten zwischen den Patientengruppen fiel noch ein Punkt auf, der ausschließlich bei den deutschen Teilnehmern genannt wurde, nämlich die Beschreibung des Arztes als Lotse. Zwar wurde, wie oben bereits erwähnt, in beiden Kollektiven darauf hingewiesen, dass der Hausarzt die Funktion habe, Patienten, die er nicht mehr eigenständig behandeln könne, rechtzeitig zu überweisen. Dass er jedoch auch die Funktion haben könnte, die Befunde dieser Überweisungen zu sammeln und zu koordinieren, wurde nur bei den Deutschen genannt.

„Also ich, ich fänd gern dieses Bild von dem Lotsen super gut. [...] wenn das Hausärzte hinkriegen würden, dass sie das, also gerade bei chronisch Kranken, dass sie wirkliche diese Lotsenfunktion übernehmen und diese Koordination, dann wären sie echt super. (.) Sie müssen nicht alles selber wissen, aber eben, ne?, diese Koordination wäre schon toll.“ D23 - § 98

3.9.4. Fazit

In der abschließenden Betrachtung konnte also zusammengefasst werden, dass sich die erwarteten Unterschiede in dem Anspruch an den idealen Hausarzt im Großen nicht zeigten. Letztendlich zeigte sich für die Anforderung an den Arzt der persönliche Geschmack entscheidender als die Kultur, aus welcher der Studienteilnehmer kommt.

3.10. Behandlung im Ausland – Überlegung, Erfahrung, gezielte Nutzung

Im folgenden Abschnitt sollte der Aspekt des Medizintourismus bzw. der Erfahrungen bei Behandlungen im Ausland näher beleuchtet werden. Der Begriff „Medizintourismus“ bezeichnet hierbei die gezielte Reise ins Ausland mit dem Hauptzweck, dort eine medizinische Behandlung zu nutzen.

Um die Aussagen zu Behandlungen im Ausland klassifizieren zu können, wurden bereits bei der Auswertung mit MAXQDA die Aussagen in die verschiedenen Subcodes „Erfahrungen“, „Überlegungen“ und der „gezielten Nutzung“ codiert.

3.10.1. Erfahrung mit medizinischer Behandlung im Ausland

Zunächst wurden die Aussagen des Subcodes „Erfahrungen“ betrachtet. Dabei wurde bei den Deutschen hauptsächlich nach Behandlungen im Ausland gefragt, ob sie sich schon mal im Ausland haben behandeln lassen, was die Gründe dafür waren und wie ihr Eindruck davon war. Da die Migranten in ihren Ursprungsländern schon in medizinischer

Behandlung waren, bezog sich die Fragestellung auf Behandlungen im Ausland, nach der Immigration nach Deutschland.

Bei den Deutschen hatten 14 der 23 antwortenden Patienten bisher keine Erfahrungen mit Behandlungen im Ausland gemacht. In den meisten dieser Fälle ergab es sich schlichtweg nicht, in einem Fall wurde mit der notwendigen Behandlung gewartet, bis der Urlaub beendet war.

„[...] war ich in Griechenland im Urlaub hab ich gesagt nein, nein, also ich warte bis ich daheim bin und gehe hier zu meinem Zahnarzt“ D12 - § 36

Die restlichen neun deutschen Patienten mit Arztkonsultationen im Ausland berichteten teils positive und teils negative Erlebnisse. Die Konsultationen fanden in der Regel während eines Urlaubaufenthaltes statt, in drei Fällen befanden sich die Patienten berufsbedingt im Ausland. Der Arztbesuch hatte jeweils laut Bericht eine medizinisch dringliche Indikation und war in einer ungeplanten Notsituation.

„[...] was heißt behandeln. Ich war ja, bin ja international gefahren so, wenn es irgendwo mal Zahnschmerzen gab, dann ist man in Frankreich bei den Zahnarzt gegangen hat dem was bezahlt, dann hat der den rausgerupft und fertig war's. Mehr Behandlung gab es nicht. Man kam ja nie wieder dahin.“ D4 - § 46

In der Gruppe der Migranten lagen weniger Aussagen zur Erfahrung mit ungeplanten Arztkontakten im Ausland vor, beispielsweise im Rahmen eines Heimaturlaubes. Zwei Patienten berichteten darüber, nach ihrer Immigration nicht mehr im Ausland zum Arzt gegangen zu sein.

„Interviewer: Sie sagen, Sie fahren ziemlich oft nach Russland, nach Kasachstan. Haben Sie sich schon mal während Ihres Aufenthalts dort an Ärzte gewandt?“

„M23: Nein. Der Herr hat sich erbarmt. (lacht)“ M23 - § 283 - 284

Zwei weitere Patienten berichteten davon, dass sie im Ausland in ärztlicher Behandlung waren. Diese Konsultationen waren als Notfälle einzustufen und haben bei beiden Patienten einen deutlich negativen Eindruck hinterlassen.

„M10: Und auch, als das mit der Thrombose passiert ist, denke ich: Geh ich hin. Ich hab ja gearbeitet im Klinikum, denk ich, geh ich hin, vielleicht ist was, NEIN, das macht keinen Sinn, nur dass man das Geld rausgepumpt hat und wsö. Auch noch, als sie erfahren haben, dass ich aus Deutschland komme, [...]. Uuuh, als man das gehört hat, dass ich aus Deutschland bin...

M10.1 (Angehörige): Wir nehmen sie gleich stationär auf. (lacht)

M10: Das bedeutet: Geld ist vorhanden, Wot. sie haben mir den Herz-Ultraschall verordnet. Ich bin nicht hin gegangen, zu diesem Herzultraschall, dafür musste man 800 Tinge bezahlen. [...] Und dann, bevor ich zum Ultraschall gehen sollte, war ich im Krankenhaus, sagt er: "Kann sein, dass wir sie stationär aufnehmen." Ich: "Nein, nein, nein. Ich will heim, ich will heim, schon in K. am Flughafen dachte ich noch: Gleich kommen sie und nehmen mich mit.

M10.1: Hatte Angst (lacht).

M10: Ich hatte Angst. Schnell sich ins Flugzeug setzen und nach Hause fliegen.“ M10 - § 284, § 286 - 294

3.10.2. Überlegung, ob man sich im Ausland behandeln lassen soll

Im Subcode „Überlegung“ wurden alle Aussagen der Patienten codiert, in denen die Frage behandelt wurde, ob sie bewusst für medizinische Eingriffe ins Ausland fahren würden.

Die deutliche Mehrheit der befragten Deutschen antwortete ließen sich aber auf die Folgenden reduzieren:

Am Häufigsten sprach für die Patienten die mangelnde Nachsorge gegen eine Behandlung im Ausland.

„Interviewer: Kommt für sie so was in Frage, wenn sie jetzt sehen (.) Da kann man Zähne machen lassen oder ähnliches?

D2: Nein! Das würde ich auch nicht machen, also das würd ich (.) Wie in Polen, ne? Und, und, und. Ja, man sieht's im Fernsehen aber, würde ich nie machen! (.) Wenn ich jetzt Beschwerden kriege, was ist denn dann? Nur weil es da im Moment billiger ist? Ok, man muss sparen, wer hat heute genug Geld? Ich nicht. Auf Deutsch gesagt, aber das, das (.) Also für die Gesundheit, nein. Da muss man schon, also (.) würd ich nicht machen. Würde ich echt nicht machen.“ D2- § 43 - 44

Sowohl die Möglichkeit bei Komplikationen dann wieder ins Ausland zu müssen, als auch die Option, von einem anderen Arzt in Deutschland die Nachsorge machen zu lassen, schreckte die Patienten ab, bzw. konnten sie fairerweise nicht vertreten.

„Das wäre mir das Risiko viel zu groß, nach Prag zu fahren, zum zweiten Mal mit, ehm, Fieber oder mit Schmerzen und, eh, Regressansprüche (h) aufrecht, ehm, zu bekommen. Also das Risiko würde ich nicht eingehen“ D17 - § 57

„Dann fahr ich wieder nach Hause und habe eine Nachsorge, dann soll wieder ein anderer, das find ich dann auch nicht in Ordnung. find ich einfach nicht in Ordnung.“ D8 - § 38

Ein weiteres Argument gegen ärztliche Behandlung im Ausland war die sprachliche Barriere. Die Angst, sich nicht richtig verständigen zu können, war Grund genug sich in Deutschland behandeln zu lassen.

„Ich müsste dann wirklich sprachlich mich gut verständigen können und müsste vorher Informationen, entweder über Internet oder über diese Praxis, über diesen Arzt wirklich Informationen haben.“ D13 - § 40

Auch der finanzielle und organisatorische Aufwand wurde als höher eingeschätzt.

„[...] quasi als deutsch gesetzlich versichert in, im quasi lebenslangen Sozialhilfebezug? Eh, nö, glaube ich nicht, dass man da irgendwelche Zugänge hat, nein.“ D24 - § 58

Unabhängig von fehlender Nachsorge oder größerem Aufwand jeglicher Art, gaben die Patienten auch an, dass die Bindung an ihren eigenen Arzt doch zu stark sei, um sich auf Behandlungen fernab dieses persönlichen Umfeldes einzulassen.

„Interviewer: fahren sie nach Polen, da sind die Zähne billiger, oder sowas, sind das Sachen, die sie wahrnehmen?“

„D18: (lacht) das habe ich noch nicht gehört und, eh, würde ich auch so nicht wahrnehmen, ehm, weil ich einfach auch schon die Erfahrung gemacht habe, dass alleine schon ein Stadtwechsel, eh, also jetzt innerhalb Deutschlands sogar innerhalb Hessens, eh, gezeigt hat, dass die Ärzte nicht überall gleich gut sind und wenn ich einen Arzt gefunden habe, mit dem ich zufrieden bin, der kompetent ist, mich gut berät, mich gut diagnostiziert, mir eine gute Therapie anbietet, ehm, dass ich dieses Vertrauen, diese (,) dass [ich] das auch brauche zu einem Arzt und, ehm, dass ich das auch beibehalten möchte und, ehm, ich kenn jetzt die Ausbildung in Polen nicht, aber nicht nur, weil es billiger ist würde ich da nicht unbedingt hin gehen“ D18- § 33 - 34

Trotz dieser zumeist ablehnenden Haltung ließ sich daraus nicht schließen, dass die Deutschen Ärzten in anderen Ländern nicht vertrauen würden.

„[...] wenn ich jetzt (h) in Polen krank werden würde, würde ich vertrauen. Also wobei ich jetzt, äh, eine Zahnbehandlung, wo ich jetzt von hier aus rüber fahren würde und das machen lassen, da bin ich dann vorsichtig, weil die Nachbehandlung, man weiß nie was da passiert“ D11 - § 32

Zwei der 23 Deutschen hatten zumindest mal konkrete Gedanken, sich im Ausland behandeln zu lassen, einmal aus fachlicher und einmal aus finanzieller Hinsicht. Jedoch hatten sie diese zum Interviewzeitpunkt wieder fallen gelassen.

„Also ich habe mir das ja wegen der Hypophyseninsuffizienz mal kurzzeitig überlegt, weil Ami-Land etwas führender ist, (..) Nein. ich glaube da könnte ich zu wenig die Kommunikation pflegen, weil ich der Sprache dann so (h) also auf dieser emotionalen Ebene auch nicht so gewachsen wär, das würde ich, glaub ich, nicht wollen.“ D23 - § 72

Bei den Patienten mit Migrationshintergrund war die Situation relativ ähnlich, wobei es Unterschiede im Detail gab.

Auch von den Migranten sagte die Mehrheit, dass sie nicht für ärztliche Behandlungen ins Ausland reisen würden. Das Hauptargument dagegen war der geringere medizinische Standard in den Herkunftsländern der Patienten.

„M10.1: Wir sagen es so, egal wie die Medizin hier ist, sie ist besser.

M10: Ich habe sowieso(.)

M10.1: Also was das angeht (,) Obwohl ich selber zum Beispiel keine Deutsche bin, gebürtige, aber ich würde dahin ich werde mich mit Händen und Füßen wehren, da will ich nicht wieder hin.“ M10 - § 120 - 122

Außerdem erschien vielen Patienten der organisatorische und auch finanzielle Aufwand als deutlich zu hoch im Vergleich mit dem Nutzen.

„Interviewer: Wären sie jetzt hingefahren, um sich zu heilen? Immerhin haben Sie in S. (Kurort) gelebt.

M25: Nee, nun ja, das ist möglich und manche machen es, aber dafür braucht man eine Überweisung. [...] Es gibt sehr viele Probleme. Wie kriegt man ein Visum? Die ziehen das hin bis 2, 3 Monate, bis sie dir das Visum erteilen, und [du] hast schon längst deinen Urlaub hinter dir, dorthin zur Kur zu fahren braucht es nur Geld“ M25 - § 81 - 82

Im Gegensatz zu den Deutschen gab es bei den Migranten Patienten, die durchaus bereit gewesen wären für Behandlungen ins Ausland zu fahren. Dabei ging es um Behandlungen wie Zahnersatz, vor allem auf Grund finanzieller Aspekte.

„M18: Das einzige, die Zähne könnte man machen (lacht), und sonst. Und das weil dort, nu wie, nicht weil man hier schlecht macht, sondern weil es hier teuer ist.

Interviewer: Dort ist günstiger.

M18: Dort ist günstiger. Und sonst...“ M18 - § 285 - 287

Hätte es die Möglichkeit einer besseren Behandlung im Ausland geben und diese Behandlung erwiesenermaßen geholfen, wäre das für einen der Patienten mit Migrationshintergrund auch ein Grund gewesen ins Ausland zu fahren.

„M23: Wenn man mir natürlich sagen würde, dass es tatsächlich hilft, fahr hin und lass dich behandeln, warum nicht.“

Interviewer: Es ist einfach so, dass es Leute gibt, die zum Beispiel zu einem Kurort dahin fahren, sich dort mit Wasser behandeln lassen usw. Wäre das für Sie eine Alternative oder nicht?

M23: Ja.

Interviewer: Sie würden sowas machen? Unter der Bedingung, dass es tatsächlich hilft.

M23: Ja. Nicht das man einfach irgendwohin fährt, Geld bezahlt und dort rumliegt und es hilft nicht. Sondern wenn es wirklich hilft, dann ja, wieso nicht.“ M23 - § 292 - 296

3.10.3. Gezielte Nutzung von medizinischen Angeboten im Ausland

Trotz den Überlegungen zur Behandlung im Ausland, die ja auch bei den Deutschen zum Teil positiv ausfielen, gab es nur drei Patienten, die gezielt für Therapien ins Ausland gefahren sind.

Davon war ein Patient unter den Deutschen, wobei die medizinische Behandlung in dem Fall nur die Beschaffung eines Hilfsmittels bezeichnete, welche ohne Arztkontakt stattfand.

„Das einzige was ich mir gekauft habe in der (,) in Polen ist ein Brille. (h) Ein Brillengestell, und da war ich (,) ich war in (h) U. auf einer Reha und da ich noch lange da war, habe ich auch das erste Mal Gleitsichtgläser, ich hatte früher immer eine Lesebrille und dann, ne? Also hier unten so eine (,) Und das habe ich dann probiert und das saß und das hat nur 300€ gekostet.“ D22 - § 58

Bei den Migranten war ein Patient zur Kur in seiner Heimat, aus anderen Aussagen von ihm wurde aber ersichtlich, dass er andere medizinische Behandlungen nicht im Ausland durchgeführt hätte.

„Interviewer: Aber zum Beispiel, diese (.) mineralischen Quellen, das sind im Prinzip auch Richtungen der alternativen Medizin. Ist es eben das, was Ihnen an diesen, wie sie gesagt haben, baltischen und ukrainischen Kurorten gefällt, oder...?“

„M2: Nein, das ist nicht nur das eine, es ist überhaupt diese ganze medizinische Betreuung, erstens die Prozeduren, die wir durchlaufen, wot, sechs, sieben Prozeduren. In einem deutschen Kurort ist es schon gut, wenn Sie zwei, drei Prozeduren bekommen. (.) Wot, diese Professionalität, dann diese mineralischen Quellen) natürlich wenn Sie dieses Wasser trinken, wenn Sie in diesen Quellen baden, das ist zum Beispiel auch schon ein großes Plus, zu all dem. So kommt es mir vor, und auch wieder die Ernährung (.) so eine, die wir gewöhnt sind, das bringt auch schon viele Punkte. Ich möchte nicht die ganze Zeit irgendwelche trockenen Schnitzel und sonst noch irgendwas. Ich lese dann schon, ob es einheimische Küche gibt.“

„Interviewer: Auf diese Kuren fahren Sie mehr als (.) ist das mehr als Erholung, oder mehr als Heilung.“

„M2: Als Heilung.“ M2 - § 398 - 401

Unter den Migranten blieb ein Patient, der gezielt die Therapie im Ausland ausgesucht hatte, da sie dort um einiges billiger zu haben war.

„[...] ich fuhr in den Urlaub (h) vor sieben oder acht Jahren, habe dort Zähne gemacht. [...] Es ist, 100 Euro habe ich (h) für den gesamten Mund ausgegeben und sie haben es gemacht, aber hier wären es 2-3 Tausend gewesen“ M12 - § 146, § 171

3.10.4. Fazit

Letzen Endes blieb festzuhalten, dass sowohl unter den Deutschen als auch unter den Migranten gegenüber der Behandlung im Ausland sehr viel Skepsis bestand. Diese rührte aus negativen Erfahrungen mit Ärzten im Ausland und aus vielen kritischen

Überlegungen heraus, wie der fehlenden Nachsorgemöglichkeit, dem hohen organisatorischen Aufwand und des teilweise geringeren medizinischen Standards.

Im direkten Vergleich ließ sich aber herausarbeiten, dass die Migranten der Behandlung im Ausland grundsätzlich eher aufgeschlossen waren als die Deutschen.

Von gezieltem Medizintourismus und positiver Erfahrung damit berichtete nur ein Migrant.

3.11. Gründe für mangelnde Informiertheit

Im Vergleich der beiden Patientengruppen zeigte sich, dass sowohl die Deutschen wie auch die Patienten mit Migrationshintergrund häufig der Meinung waren, schlecht über das deutsche Gesundheitssystem informiert zu sein. Auffällig ist hierbei jedoch, dass es zwischen den Gruppen deutliche Unterschiede gab, wie sie ihren Mangel an Kenntnis erklärten und begründeten.

3.11.1. Patienten mit Migrationshintergrund

In der Gruppe der Migranten wurden am häufigsten zwei Begründungen genannt, die eng miteinander verwoben waren.

„Wir wissen nicht, was uns zusteht! Es ist nicht so, dass wir unbedingt mehr wollen, wir sind sowieso dankbar dafür, was für uns gemacht wird. Was die Steuerzahler alles für uns machen, das verstehen wir alles wunderbar. Hätten wir nur mehr Information, hätte uns der Hausarzt gesagt, dass wir eine Kur, einen Kurantrag bei der AOK beantragen können“ M5 - § 173

In diesem Zitat klangen bereits beide Punkte an. Auf der einen Seite stand der Mangel an dem Wissen darüber, was einem als Patient in Deutschland zustand. Dieses Nichtwissen wurde darauf zurückgeführt, dass die Patienten nicht ausreichend durch andere – beispielsweise die Krankenkasse oder den Arzt – informiert wurden. Und aus diesem

Mangel an Wissen resultierte wiederum, dass die Patienten nicht weiter selbst danach fragten, was beispielsweise die Krankenkasse an Kosten übernehmen würde.

„M6: Ich muss meine Rechte kennen (!), was mir zusteht. Es gibt sie doch wahrscheinlich (?) Es gibt sie.“

Interviewer: Das heißt, Sie sollen sie kennen und dann können Sie fragen, was Sie brauchen. Und wenn Sie es nicht wissen, dann bekommen Sie auch nichts.

M6: Aber ich frage auch nicht danach, weil ich sie nicht kenne.

Interviewer: Nach dem Prinzip "hätte ich gewusst, wo ich hinfallen würde, hätte ich Stroh hin gelegt" Wenn ich gewusst hätte, was ich fragen soll...

M6: Stimmt genau, stimmt genau“ M6 - § 128 - 132

Die Patienten besaßen also schlicht zu wenig Vorwissen, um sich im hiesigen System zu Recht zu finden und ihre weiteren Möglichkeiten zu erkennen und zu nutzen.

„Ja, und warum wir das nicht wissen, kann sein, dass die Einheimischen, die wissen das alles besser, sind besser informiert, no wot zu den Ausländern und den Aussiedlern gibt es so eine Haltung, dass wenn sie das nicht wissen - "selber schuld".“ M9 - § 165

Der andere Hauptpunkt, der in der Gruppe der Migranten genannt wurde ist, dass sie es nicht gewohnt waren sich selber um ihre Informationen zu bemühen.

„Man muss fragen: "was mir zusteht", was kann ich, was kann ich nicht. Und dann gibt es hier so ein Prinzip, das einem häufig begegnet: nichts gefragt - nichts gesagt. Du hast doch nicht gefragt! Also habe ich nichts gesagt. Ich kann doch nicht deine Gedanken lesen! Vielleicht hat er es aus diesen Überlegungen nicht gesagt, oder aus diesen Überlegungen -aber sehr häufig: nichts gefragt, nichts gesagt. Nicht nur in der Medizin, sondern auch in anderen "Bereichen", tojestj, man selbst kann das nicht alles wissen, einfach so.“ M13 - § 117

Häufig wurde in der Gruppe der Migranten dahingehend argumentiert, dass man die Informationen nicht hatte, da der Arzt sie einem nicht von sich aus geben würde. Die

Bringschuld der Informationen sahen diese Patienten klar auf Seiten des Arztes und wenn dieser nicht liefere, könne man auch nichts wissen.

„Die allgemeine Information bekomme ich, was aber in diesem konkreten Fall (h) ärztliche Informationen betrifft. Das ist keine Qualifikation, es ist einfach „Nachlässigkeit“ seitens des Arztes, mich nicht zu informieren, im Bezug darauf, dass ich zum Beispiel alle vier Jahre den vollen Impfungsumfang machen soll. Dass ich zum Beispiel die Möglichkeit habe, eine so genannte „Aufbauspritze, Knochenaufbauspritze“ zu bekommen, weil ich schon weit über 50 bin. Im Grunde bei solchen Fragen, sollte der Arzt irgendwo die Initiative ergreifen und sagen: Mein Lieber, ich schlage es dir vor. Du hast das Recht anzunehmen oder nicht anzunehmen.“ M15 - § 78

„M20: Du fragst nach - aber vorschlagen? Nein, keiner bietet dir das an.

Interviewer: Also Sie haben das Gefühl, dass die Ärzte Ihnen von sich aus so was nicht vorschlagen?

M20: Nein.“ M20 - § 112 - 114

Die Haltung dahinter, warum Ärzte von sich aus nicht informieren würden und warum man alles erfragen müsste, deuteten die Patienten unterschiedlich.

Die Vermutungen reichten von bloßer Einsparung von Kosten...

„M20: Wahrscheinlich weil die Kasse das nicht bezahlt. (lacht) und das war's

Interviewer: Aha, um Geld zu sparen.

M20: Ja!

Interviewer: Wenn ein Mensch davon nichts weiß, wird er auch kein Geld darauf verschwenden. Oder wie? Dann braucht man kein Geld für ihn ausgeben.“ M20 - § 116 - 119

...bis hin zu der Vermutung, dass die Ärzte überarbeitet seien und nicht die nötige Zeit hätten, Patienten auch noch ausreichend zu informieren.

„[...] sie sind sehr überlastet. Sie können nicht solche Zeit“ M1 - § 145

Eine weitere Vermutung bestand darin, dass der Arzt zu viel Wissen bereits voraussetzen würde.

„M14: Aber auch die Ärzte verhalten sich wahrscheinlich so, wenn sie sehen, dass ich gekommen bin, tam, Termin zur Krebsvorsorge ausgemacht habe, tam, denken sie, „sie ist aufgeklärt“ (lacht). So ein Gefühl habe ich.

Interviewer: Also erwartet der Arzt auch, dass der Patient, wenn er gekommen ist, schon alles weiß, oder wie?

M14: Nein, ich denke... Nein, wenn er einen Termin zur Krebsvorsorge ausgemacht hat, dann denkt der Arzt schon, dass er ihm nicht sagen muss, dass wot "Sie könnten wot das und das machen".“ M14 - § 116 - 118

Die Verantwortung für die Information würde aber nicht allein bei den Ärzten liegen. Auch die Krankenkassen sollten ihren Teil dazu beitragen die Patienten richtig zu informieren.

„Die "Krankenkassen" selber informieren einen auch nicht. Obwohl die diese ganzen Informationen haben müssten, wie oft gehst du zum Arzt, Statistik wird geführt und alles. Wenn die sehen, dass das Kind dies und das macht, und es führt nicht zur Besserung, oder(,) die machen doch sowieso Statistiken, dass du - wenn du in der Kur warst, wie viel sie dir bezahlt haben, warum muss die Kur bezahlt werden, damit man später weniger deiner Arztbesuche bezahlen muss, ja? Die müssten das doch alles sehen, wenn sie sehen, dass das Kind geht und geht hin, und macht und macht, dann verschreiben sie hier ein Gerät, dann die Medizin, das kostet doch schrecklich viel Geld, vielleicht sollte man das mit der Kur probieren, warum kein "Angebot" machen, damit es hinfährt(,) es gibt keine Information, solche Information gibt es nicht.“ M9 - § 167

Diesem Patienten nach war es nur logisch, dass die, die alle Informationen über die Krankheiten eines Patienten sammeln würden dann auch dafür zuständig seien, die Versorgung zu koordinieren und zu lenken. Auch hier lagen die Gründe für fehlende Informationen extern und nicht beim Patienten selber.

In der Gruppe der Patienten mit Migrationshintergrund zeigte sich des Weiteren, wie bereits erwartet, ein Problem mit Informationen auf Grund der Sprachbarrieren.

„In Deutschland gibt es wie viele Sprachen? – zwei, deutsches Hochdeutsch und Bürokratisches, das unmöglich zu verstehen ist. Weil selbst die einheimischen Bewohner viele Briefe und Befunde lesen, sie können nicht verstehen und erklären, was das ist. Wot, deswegen sage ich, noch diese ganze Information, die Vollständigkeit der Informationen hängt von dem Menschen selbst ab, von seiner Ausbildung, von seinem Wissen. Und wenn zum Beispiel Mittlere (,) man hat nicht so gute Kenntnisse der deutschen Sprache und er kann schwach lesen und kennt sich nicht aus. Er wird diese Information nicht besitzen.“ M1 - § 147

Dabei war sowohl die Sprachbarriere zwischen der deutschen und der russischen Sprache, aber auch die zwischen dem „Bürokratendeutsch“ und der Umgangssprache relevant. Verständlicherweise war für Menschen, die die deutsche Sprache an sich schon schlecht beherrschten das Verständnis der Sprache der Institutionen zusätzlich erschwert.

Eng damit verknüpft war auch der Gedanke, dass Patienten mit Migrationshintergrund bewusst benachteiligt würden. Auch dieser Aspekt klang in den Aussagen von Patienten dieser Patientengruppe an.

„Ja, und warum wir das nicht wissen, kann sein, dass die Einheimischen, die wissen das alles besser, sind besser informiert, no wot zu den Ausländern und den Aussiedlern gibt es so eine Haltung, dass wenn sie das nicht wissen - "selber schuld". „ M9 - § 165

Ein weiterer Grund, warum Patienten schlecht informiert waren war das fehlende Interesse an Informationen. Solange der Patient nicht selber betroffen war, kümmerte er sich auch nicht um die nötigen Informationen.

„Interviewer: Das heißt, verstehe ich das richtig? Bis es mich nicht betrifft, kommt kein Interesse auf sich diese Information zu beschaffen.

*M19: Aber auf der anderen Seite, wozu brauche ich sie, wenn sie mich nicht interessiert“
M19 - § 139 - 140*

3.11.2. Deutsche Patienten

Im Gegensatz zur Patientengruppe der Migranten wurde in der Gruppe der deutschen Patienten dem umgebenden System weniger der Vorwurf gemacht, es würde nicht genug informieren.

„[...] das sind so Sachen, eh, da bin ich oder wir in der Familie, die wir uns nicht intensiv damit befassen überfordert“ D10 - § 6

Es wurde zwar auch gesagt, dass die Informationen mangelhaft oder zu kompliziert seien, aber die Erwartung, dass es Aufgabe des Arztes sei, den Patienten zu informieren tauchte in den Aussagen der Patienten nicht auf.

Die Gründe für zu wenige Informationen wurden eher z.B. in der Fachsprache gesucht.

„Erstens verstehe ich den ganzen Zink nicht, der da auf dem Beipackzettel steht und da steht ja so viel drauf, jetzt bei den neuen Geschichten hier, Imurek [Medikamenteneigennamen] und so weiter, ich wollte es ja erst gar nicht nehmen.“ D12 - § 24

Als weiterer Grund für die persönliche Informationslosigkeit wurde auch genannt, dass andere sich darum kümmerten und man deshalb selber nicht mehr gezwungen sei, sich zu informieren.

„Da brauch ich mich zum Glück nicht drum kümmern, da habe ich eine Sekretär, einen Chauffeur und einen Hausmeister und alles habe ich in ihm [ihr Mann]“ D16 - § 8

Der Punkt mit dem fehlenden Interesse, der im Patientenkollektiv der Migranten anklang, tauchte auch bei den deutschen Patienten auf

„[...] vorher interessiert man sich für solche Sachen ja auch gar nicht“ D12 - § 6

Letztlich wurde als Problem auch erkannt, dass manche Informationen nicht gut zugänglich seien.

„[...] das sind halt so Sachen, die, ich sagte es ja eben schon mal, die der normale, in Anführungszeichen AOK-Kunde oder gesetzlich Versicherte wahrscheinlich, der kommt gar nicht an diese Informationen dran. Ich vermute, das wird dann, das sind ja Kosten die da entstehen, dass man das nicht an die große Glocke hängt [...]“ D12 - § 8

Als Grund hierfür wurde in dieser Patientenaussage auch wieder das Geld gesehen.

In der Gruppe der deutschen Patienten tauchte auch der Punkt auf, dass man persönlich nicht mehr nach Informationen suchen würde, da man schlechte Erfahrungen gemacht habe.

„Als chronisch Kranker kommt man ja eh nicht in alle Programme rein dann auch und von daher, eh, habe ich da, eh, wahrscheinlich aufgegeben ein Stück weit, eh, so durch diesen, durch dieses Gewusel durchzukommen.“ D20 - § 6

3.11.3. Fazit

Zusammenfassend ließ sich sagen, dass als Gründe für mangelnde Informationen in beiden Patientengruppen einige Punkte, wie Verständnisprobleme oder fehlendes Interesse genannt wurden. Worin sich die beiden Gruppen aber hauptsächlich unterschieden, war, dass die Migranten bei ihrem Arzt oder der Krankenkasse eine Informationspflicht sahen, welcher der Arzt nicht nachkomme.

Diese Pflicht auf Seiten des Arztes wurde von den deutschen Patienten in den Interviews nicht spontan angesprochen.

4. Diskussion

4.1. Methode

Im Kontext des mixed methods Ansatzes, der der Studie „Russischsprachige Migranten beim Hausarzt“ zugrunde gelegt war, wurde ein Thema unter verschiedenen

forschungsmethodischen Gesichtspunkten untersucht. In der vorliegenden Arbeit wurden zur näheren Beleuchtung des Themas „Patienten beim Hausarzt: Kulturelle Unterschiede bezüglich der Erwartungen und Erfahrungen“ qualitative Methoden eingesetzt.

Der Einsatz von qualitativen Methoden hat, gerade bei der Erforschung bisher wenig erforschter Themenbereiche, viele Vorteile gegenüber herkömmlichen quantitativen Methoden. „Wann immer es um medizinische Probleme geht, die menschliche Sichtweisen, Präferenzen, Bewertungen oder Entscheidungen zum Gegenstand haben, Verhaltensweisen, Interaktionen und soziale Sinnzusammenhänge umfassen, lohnt es sich, nach Studien aus dem Bereich der qualitativen Forschung zu suchen.“ (Kunz und Cox 2007, S. 160) Gerade in diesen Bereichen liegen die Stärken des qualitativen Vorgehens, da keine Vorgaben der Antworten gemacht werden, sondern subjektive Einstellungen der Befragten als Zielvorgabe gelten. Es wird also vielmehr nicht ein fest definiertes Problem näher beschrieben und untersucht, wie es beispielsweise bei quantitativem Vorgehen mit einem vorformulierten Fragebogen der Fall wäre, sondern es wird das zu untersuchende Problem an sich gesucht. Murphy und Mattson formulierten diesen Standpunkt 1992 als die Frage nach dem „Was?“ und nicht die Frage nach dem „Warum?“ (Murphy und Mattson 1992), oder in Worten von Mayring „Das heißt, dass am Anfang wissenschaftlichen Vorgehens immer ein qualitativer Schritt steht. Ich muss erst wissen, was ich untersuchen will, ich muss es benennen[...]“ (Mayring 2010, S. 20)

Gerade dieser Schritt auf der Suche nach neuen Aspekten und Grundlagen sollte in der Forschungsarbeit „Patienten beim Hausarzt: Kulturelle Unterschiede bezüglich der Erwartungen und Erfahrungen“ erfolgen, da zu den Erwartungen und Erfahrungen Russisch sprechender Migranten bisher wenige Forschungsarbeiten vorlagen. Eine qualitative Herangehensweise war somit das Mittel der Wahl.

Das Datenmaterial der vorliegenden Arbeit wurde dabei mit Hilfe leitfadengestützter Interviews, der Tonaufzeichnung, Transkription und gegebenenfalls der Übersetzung selbiger, gewonnen. Dieses Vorgehen anhand eines leitfadengestützten Interviews war dabei eine der gängigen Methoden in der qualitativen Sozialforschung (Lamnek und Krell

2010) und ergab nach Audioaufzeichnung und Transkription das nötige Material zur qualitativen Auswertung am Text.

Bei den Fragen des Leitfadens wurden dabei im Laufe der Datenerhebung leichte Veränderungen des Schwerpunktes gesetzt, was ein typisches Merkmal der qualitativen Forschung ist, da die Methoden „flexibel an den Untersuchungsgegenstand angepasst werden und sich auch im Laufe eines Projekts verändern können.“ (Kunz und Cox 2007, S. 161) Darunter kann zwar die Konsistenz der Befunde leiden, insgesamt bringt es aber die „größere Chance auf breite bzw. tiefe Ausleuchtung des Forschungsfeldes.“ (Lamnek und Krell 2010, S. 234)

Ähnliches galt auch für den Auswertungsprozess, der in der vorliegenden Arbeit an die Methode nach Mayring angelehnt war. Auch diese Art der Auswertung blieb in ihrer Form flexibel und an das Forschungsobjekt angepasst. So folgte die Auswertung - wie unter „Auswertungsverfahren“ beschrieben - einem Codesystem, welches direkt anhand des Materials gebildet und angepasst wurde. Die Daten bestimmten somit die Grundlage ihrer Analyse, bzw. nach Mayring „strebt [das induktive Vorgehen] nach einer möglichst naturalistischen, gegenstandsnahen Abbildung des Materials ohne Verzerrungen durch Vorannahmen des Forschers, eine Erfassung des Gegenstands in der Sprache des Materials.“ (Mayring 2010, S. 84) Dieses induktive Vorgehen hat in der Sozialforschung seine Berechtigung vor allem in der Hypothesenbildung (Lamnek und Krell 2010). Die Überprüfung dieser gebildeten Hypothesen ist dann wiederum eher das Feld der quantitativen Forschung.

Da in der vorliegenden Arbeit der Forschungsansatz primär darauf ausgerichtet war, gegebenenfalls vorhandene Unterschiede zwischen den Kulturen aufzuzeigen und zu beschreiben, diese aber nicht allgemeingültig zu quantifizieren und zu erklären, war die Wahl einer induktiven Kategorienbildung für die Auswertung des erhobenen Datenmaterials angemessen. Insbesondere da auf dem Gebiet der russischsprachigen Migranten und ihrem Bezug zu ihrem Hausarzt bisher wenig publiziert wurde, stand hier die Hypothesenbildung im Vordergrund.

Der weitere Auswertungsprozess erfolgte nach der Unterteilung des Datenmaterials in Kategorien in einer selektiven Auswertung einzelner Themenbereiche. Dabei wurden die Ergebnisse in Textform präsentiert und mittels repräsentativer Zitate unterstützend ergänzt. Desgleichen wurde in der Aufarbeitung des Materials darauf geachtet, nicht nur eine bloße Auflistung des Vorhandenen zu erstellen, sondern auch die thematischen Gesichtspunkte und gegensätzlichen Standpunkte zu verdeutlichen. Zur Darstellung der gesamten Bandbreite der Aussagen wurde dafür häufig das Mittel der Kontrastierung angewendet, eben jener Blick auf die Extrempunkte der Aussagen.

Diese Art der Auswertung folgte der Analyseform der Strukturierung, wie Mayring sie beschrieb und wie sie unter dem Kapitel „Auswertungsverfahren“ erläutert wurde. Somit ließe sich diese Arbeit nach Sandelowski und Barroso als „Thematic Survey“ klassifizieren. Das bezeichnet eine Form der qualitativen Arbeiten, in welcher die Ergebnisse nicht nur simpel aufgelistet wurden, sondern eine thematische Auseinandersetzung mit ihnen stattfand. Diese Klassifikation dient der reinen Unterscheidung verschiedener Arbeiten. Dabei betonten die Verfasser aber explizit, dass sie nicht zur Beurteilung der Qualität von Studien dienen sollte. (Vergleiche: Sandelowski und Barroso 2003, S. 907)

Die Limitationen der gewählten Methode hängen eng mit dem zugrunde liegenden Wissenschaftsverständnis zusammen. In Zeiten der „evidence based medicine“ wurde oftmals als die Grundlage der medizinischen Forschung die Allgemeingültigkeit gesetzt. Forschungsergebnisse sollten daher immer auf eine Population übertragbar sein und auf möglichst viele Fälle zutreffende Antworten liefern. Deshalb sind für quantitative Forschung die repräsentative Stichprobe und deren exakte und vollkommene Quantifizierung in ihren verschiedenen Merkmalen von solch hervorgehobener Bedeutung.

Die qualitative Forschung setzt diesem Streben nach Allgemeingültigkeit die Betrachtung des Einzelfalls gegenüber. Diese Vorgehensweise erhebt nicht den Anspruch der Generalisierbarkeit, sondern will in erster Linie deskriptiv untersuchen. Dabei liegt es in

der Natur der Methode, dass die Ergebnisse dieser Forschung nicht eins zu eins auf eine Population übertragbar sind. Vielmehr bildet die Gesamtheit der qualitativen Ergebnisse ein aktuelles Stimmungsbild zu bestimmten Themen, welche dann in ihrer quantitativen Ausprägung durch den Wechsel auf ein quantitatives Vorgehen weiter untersucht werden müssen.

Eine weitere Limitation der vorliegenden Arbeit liegt in der Zweisprachigkeit der Herangehensweise. Dadurch, dass die Hälfte der Interviews auf Russisch geführt wurde und vor der Auswertung zunächst übersetzt werden musste konnte es unter Umständen dazu kommen, dass Patientenaussagen fälschlich wiedergegeben wurden. Dem wurde entgegengewirkt, indem stichprobenartig Übersetzungen durch andere Übersetzer auf ihre Plausibilität hin geprüft wurden. Außerdem liegt insbesondere in dieser Limitation auch eine Stärke, da den Patienten die Möglichkeit gegeben war, in ihrer Muttersprache zu antworten. Es konnte davon ausgegangen werden, dass insbesondere die weniger integrierten Migranten vermehrt Schwierigkeiten mit der deutschen Sprache hatten und in deutschen Studien zur Erfassung von Gesundheit daher bisher unterrepräsentiert waren (Aparicio et al. 2005). Vor diesem Hintergrund wird die vorliegende Arbeit insbesondere durch den Aspekt der Einbeziehung dieser Gruppe ausgezeichnet, da die Datenerhebung nicht durch Sprachschwierigkeiten zwischen den Gesprächspartnern erschwert wurde.

4.2. Stichprobenanalyse

Die Stichprobe der vorliegenden Arbeit wurde, wie oben beschrieben, hauptsächlich über das Schneeballprinzip gewonnen. Die Ziehung war somit keineswegs zufällig und erhob keinen Anspruch auf statistische Repräsentativität, welche in der quantitativen Forschung Grundlage ist. Hingegen war diese Methode typisch für die qualitative Forschung, in welcher nicht die statistische Repräsentativität – und als Ziel die quantitative Analyse –, sondern die Angemessenheit der Stichprobe hinsichtlich der theoretischen Fragestellung als entscheidend erachtet wird (Lamnek und Krell 2010). Diese Angemessenheit wurde dadurch gewährleistet, dass in der vorliegenden Untersuchung der Ansatz ein deskriptiver

war; es sollte eine breit gefächerte Beschreibung der möglichen Erfahrungen und Erwartungen mit dem Hausarzt aufgezeigt werden. Für ein solches Darstellen einer großen Bandbreite subjektiver Meinungen und Empfindungen war entscheidend, dass die zugrunde liegende Stichprobe eine große Heterogenität aufwies. Da zudem die zu erforschenden Themen erst durch die Befragung der Patienten entstanden, bot sich zur Stichprobenbildung die willkürliche Fallauswahl an (Lamnek und Krell 2010), wie in der vorliegenden Arbeit.

Die Stichprobengröße war mit $n=49$ als eher groß für eine qualitative Studie anzusehen. (Lamnek und Krell 2010). Dabei wurde durch eine individuelle Auswertung drauf geachtet, dass den Aussagen der einzelnen Interviewpartnern weiterhin gerecht wurde. Eine größere Stichprobe erschien deswegen auch wenig sinnvoll, da bei größerem Materialumfang die Qualität der intensiven Auseinandersetzung mit der einzelnen Meinung zwangsläufig abnehmen würde. Ein Vorteil dieser Größe war hingegen, dass die unter frequenzanalytischen Gesichtspunkten erhobenen Daten zumindest Tendenzen im Vergleich zur Gesamtpopulation aufzeigen konnten.

Zusätzlich wurde parallel zu der weiteren Aushebung der Stichprobe schon mit dem Auswerten der geführten Interviews begonnen. Bei Erreichen einer Sättigung, das hieß bei Dopplung von Patientenaussagen und einem fehlenden Zuwachs an neuen Argumenten und Sichtweisen wurde dabei die weitere Vergrößerung der Stichprobe als nicht mehr zielführend erachtet und bei einer Größe von 25 Interviews von Migranten und 24 Interviews deutscher Patienten eingestellt. Dies entsprach der vorgegebenen wissenschaftlichen Praxis, wie es beispielsweise von Lamnek und Krell 2010 definiert wurde.

Die erheblich unterschiedliche Dauer der Interviews – im Durchschnitt 14:45 Minuten bei den Deutschen und 65 Minuten bei den Migranten – war dem Umstand geschuldet, dass bei den Migranteninterviews noch Fragen zur Migration und deren Umständen gestellt wurden, welche im Interviewleitfaden der deutschen Patienten gestrichen wurden (Vergleiche Punkt 2.1.2).

4.3. Patientenzufriedenheit

Die Fragestellung nach der Zufriedenheit der Patienten bei ihrem Hausarzt ergab ein homogenes Bild der Meinung der Patienten, mit nur geringen Differenzen zwischen den zwei Patientengruppen. Als wichtigste Erkenntnis blieb dabei festzuhalten, dass die Befragten grundsätzlich mit ihrem Hausarzt zufrieden waren, die deutschen Patienten aber im Gesamtbild zufriedener als die Migranten. Dieser Unterschied war eine Unterscheidung im Verhältnis „sehr gut“ zu „gut“.

Diese Erkenntnis fand sich auch so in der derzeitigen Studienlage. Ein Vergleich zwischen psychisch Erkrankten mit Migrationshintergrund und Deutschen zeigte in beiden Gruppen eine hohe Zufriedenheit mit den Leistungserbringern des Gesundheitssystems (Bermejo et al. 2012b). Die Ergebnisse waren aber nur insofern übertragbar, dass Migranten aus jeglichem Migrationshintergrund befragt wurden, nicht nur russischsprachige Einwanderer. Eine dazu vergleichbare Arbeit, bei der ebenfalls Migranten jeglicher Herkunft befragt wurden, beschrieb ebenso das vorliegende Ergebnis, dass „sowohl Migranten als auch Deutsche überwiegend zufrieden mit der erfolgten medizinischen Behandlung [waren]. Die Zufriedenheit war bei den Deutschen noch deutlicher ausgeprägt als bei den Migranten: 88,4% der Deutschen gegenüber 72,7% der Migranten gaben an, mit ihrer Behandlung zufrieden oder sehr zufrieden zu sein“ (Zeeb et al. 2004, S. 81). Warum dieser Unterschied zwischen „zufrieden“ und „sehr zufrieden“ bestand, war derzeit noch ungeklärt. Ein Zusammenhang mit einer Verklärung des Gesundheitswesens in der ehemaligen Sowjetunion und enttäuschten Erwartungen in Deutschland (Boll-Palievskaya 2005) erschien plausibel, systematische Arbeiten zu dem Thema waren derzeit jedoch nicht vorhanden. Ebenso denkbar war ein direkter Zusammenhang zwischen Sprachfähigkeit und Zufriedenheit (Harmsen et al. 2008; van Wieringen 2002), ob die Sprache alleine den Zufriedenheitsunterschied begründete war jedoch fraglich. So zeigten Ferguson und Candib in ihrer Arbeit zwar einen deutlichen Zusammenhang zwischen Sprache und Zufriedenheit und Qualität der Arzt-Patienten-

Beziehung (Ferguson und Candib 2002), ob in dem hier aufgezeigten Fall des Unterschieds in puncto Zufriedenheit im Umkehrschluss von einer alleinigen sprachlichen Ursache ausgegangen werden durfte, war ungewiss.

Die erfassten Aussagen, mit denen die Patienten ihre Zufriedenheit begründeten, unterschieden sich nur in wenigen Nuancen. Grundsätzlich waren die Patienten, unabhängig von ihrer Herkunft, mit ihrem Hausarzt auf Grund seiner menschlichen und fachlichen Kompetenzen zufrieden, des Weiteren trugen die örtliche Lage und die Organisation der Praxis zur Zufriedenheit bei.

Diese Gründe, die zu Zufriedenheit führten, wurden auch in der Literatur als solche belegt. In einer Übersichtsarbeit von Wensing et al. aus dem Jahr 1998 zum Thema Patientenzufriedenheit wurden die folgenden neun Hauptkriterien für Zufriedenheit aus Patientensicht definiert: Menschlichkeit; Kompetenz; Entscheidungsfindung mit dem Patienten; Zeit; andere Aspekte der Verfügbarkeit; Informativität; Bedürfnisse des Patienten herausfinden; Aspekte der Arzt-Patienten-Beziehung/Kommunikation; die Möglichkeit für Spezialbehandlung (Vergleiche Wensing et al. 1998, S. 1573). Bis auf den letzten Punkt wurden in der vorliegenden Arbeit die gleichen Punkte genannt und von den Patienten als Begründung ihrer Zufriedenheit mit dem Hausarzt angeführt.

Der aufgezeigte Unterschied zwischen den Migranten und den Deutschen in puncto Hausarztbesuche, nämlich, dass die Deutschen eher an den Notfall dachten, während die Migranten es eher als eine weitere Serviceleistung empfanden, konnte ausgehend von den Unterschieden im Gesundheitssystem erklärt werden. In der ehemaligen Sowjetunion gehörten Hausbesuche zur standardmäßigen medizinischen Grundversorgung, die durch Polykliniken gewährleistet war (Farmer et al. 2003; Boll-Palievskaya 2005; Cronkright et al. 1993). Dementsprechend hatte der Hausbesuch an sich einen ganz anderen Stellenwert und eine andere Bedeutung für Migranten, als für deutsche Patienten. In einem medizinischen System, wie in Deutschland, in dem der Hausbesuch eher die Ausnahme, als die Regel war (Theile et al. 2011) wurde diese verschiedene Grundeinstellung der Patienten deutlich. Folglich führte die Möglichkeit des

Hausbesuches bei den Patienten zu Zufriedenheit, die Erwartungshaltung an ihn war auf Grund der bisherigen medizinischen Sozialisation bei den Patientengruppen jedoch grundverschieden.

Auch der gefundene Unterschied in der Anforderung an die körperliche Untersuchung konnte durch die Sozialisation der Patienten erklärt werden. In der vorliegenden Arbeit wurde aufgezeigt, dass einige Migranten insbesondere mit ihrem Hausarzt zufrieden waren, weil er eine vollständige körperliche Untersuchung durchführte. Bei den deutschen Patienten wurde dieser Aspekt jedoch nicht besonders betont oder als wichtig erachtet. Ivanov und Buck zeigten in ihrer Arbeit an Migrantinnen aus der ehemaligen Sowjetunion in den USA, dass dieses Kollektiv den häufigen Einsatz von technischen Hilfsmitteln, im Gegensatz zu einer ausführlichen körperlichen Untersuchung, als Unsicherheit der Ärzte interpretierten (Ivanov und Buck 2002). Da die körperliche Untersuchung und die vollständige Anamnese im sowjetischen Gesundheitssystem oftmals die Grundlage der Diagnosestellung war, (Grabbe 2000) wurde es erklärbar, dass Patienten das Diagnostizieren mittels Gerätediagnostik als Unvermögen interpretierten „– nach dem Motto, wer den Ultraschall benutzt, hat keine Ahnung“ (Boll-Palievskaya 2005, S. A654).

Zusammenfassend ließ sich sagen, dass die Patientengruppen mit ihren Hausärzten überwiegend zufrieden waren. Die unterschiedlichen Ergebnisse im Grad der Zufriedenheit ließen eine kulturelle Ursache vermuten, bisher fehlte aber der evidente Beleg für diese Theorie. Sonst blieb festzuhalten, dass auch dieses Patientenkollektiv aus den Gründen mit ihren Hausärzten zufrieden war, die schon in der Literatur genannt wurden. Die zusätzlichen Punkte, die ausschließlich von den Migranten angeführt wurden - wie die ausführliche körperliche Untersuchung - ließen den Rückschluss zu, dass sie die Zufriedenheit förderten, da sie an das sowjetische Gesundheitssystem erinnerten.

4.4. Schwierigkeiten in der hausärztlichen Konsultation

In der qualitativen Auswertung der Patientengespräche zeigte sich, dass für die Migranten die Sprache das größte Problem bei der Konsultation des Hausarztes darstellte. Dabei erschien vor allem die subjektive Ausdrucksweise als problematisch, da die Patienten Angst hatten, sie könnten dem Arzt ihr Problem nicht ausführlich schildern. Diese mangelhafte Kommunikationsmöglichkeit führte dann wiederum zu Unsicherheit und Unzufriedenheit.

In der vorhandenen Literatur fanden sich viele Belege für diese Problematik. So identifizierten Bermejo et al. die sprachliche Barriere als größtes Hindernis für Migranten in Deutschland (Bermejo et al. 2012b). Ferguson und Candib zeigten in ihrer Übersichtsarbeit auf, dass die Sprache ein zentrales Element der Arzt-Patienten-Beziehung sei. „Minority patients, especially those not proficient in English, are less likely to engender empathic responses from physicians, less likely to establish rapport with physicians, less likely to receive sufficient information, and less likely to be encouraged to participate in medical decision making“ (Ferguson und Candib 2002, S. 359). Sprachbarrieren führten somit zu einer massiven Benachteiligung fremdsprachiger Patienten in mehreren Bereichen der Arzt-Patienten Beziehung. In der weiteren Ausführung führten Ferguson und Candib Mängel in der Patientenzufriedenheit, der Compliance und dem Outcome der Behandlung direkt auf diese Charakteristika zurück. Somit war die hier gefundene Schwierigkeit der russischsprachigen Migranten in der Konsultation ihres Hausarztes mit der Sprachbarriere teilweise erklärbar.

Neben der Sprache wurde als eine weitere Schwierigkeit das subjektive Missempfinden zwischen erwarteter und erhaltener Therapie beschrieben. Die Patienten berichteten, dass sie von ihrem Arzt nicht das erhalten hätten, was sie wollten – seien das jetzt Massagen oder Überweisungen. Die Überbrückung dieser Diskrepanz wurde in der Literatur als zentral für den Erfolg eines Arztbesuches gesehen (Thom 2002). Zusätzlich konnte von einem unterschiedlichen Krankheitsverständnis zwischen den deutschen und den russischsprachigen Patienten ausgegangen werden (Grabbe 2000). Das wiederum ließ auf

eine unterschiedliche Therapieerwartung schließen, auf die von deutschen Ärzten nicht eingegangen wurde. Da die Patienten somit ein anderes Verständnis für Krankheitsentstehung und Therapie besaßen, behandelten die deutschen Ärzte aus der Sicht der Migranten unzureichend und enttäuschend.

Die zeitliche Komponente als Erschwernis der Arzt-Patienten Beziehung wurde von beiden Patientengruppen gleichermaßen angeführt. Infolgedessen konnte es als Unterscheidungskriterium zwischen den Patienten mit Migrationshintergrund und den Deutschen nicht herangezogen werden. Beschrieben wurde die Zeit als Verursachung mangelnder Patientenzufriedenheit unter anderem bei Cromarty 1996. Dabei wurde herausgearbeitet, dass der Zeitdruck - wie es auch eine Patientin der vorliegenden Arbeit betonte - selten durch den Arzt selber generiert wurde. Der Druck wurde eher indirekt generiert, durch den vollen Warteraum und das allgemeingültige Wissen, dass Ärzte gestresst und die Patienten daran schuld seien (Cromarty 1996).

Die Aussagen hinsichtlich der Professionalität des Arztes wurden nur bei den russischsprachigen Patienten geäußert. Der Arzt erschien ihnen in seiner Arbeitsweise als kalt und unpersönlich. Hierin klang der Aspekt der technisierten Arbeitsweise an. Wie bereits in der Diskussion der Patientenzufriedenheit erwähnt wurde, stieß die „Tatsache, dass deutsche Ärzte gern medizinische Geräte benutzen, [...] bei den Migranten auf Misstrauen“ (Boll-Palievskaya 2005, S. A654). Der erhöhte Stellenwert technischer Hilfsmittel gegenüber der gründlichen Anamnese und der Beschäftigung mit dem Patienten baute eine Barriere zwischen den Arzt und den Patienten. Dieses Verhalten waren Patienten aus dem sowjetischen Gesundheitssystem nicht gewohnt und dieser kulturelle Unterschied führte somit zu Schwierigkeiten im Umgang (Ivanov und Buck 2002).

4.5. Inanspruchnahmeverhalten

Die Untersuchung der Inanspruchnahme des Hausarztes durch die Patienten ergab keine bedeutenden Unterschiede zwischen den beiden Patientengruppen. In der Häufigkeit der Arztbesuche pro Jahr bestand eine sehr breite Streuung. Im Schnitt gingen die Patienten nach eigenen Angaben sieben Mal pro Jahr zum Arzt.

Diese Angaben waren mit den Angaben in der vorhandenen Literatur nicht vergleichbar, da ausschließlich quantitative Arbeiten zur Häufigkeit von Arztbesuchen vorlagen. Der direkte Vergleich zwischen qualitativen Zahlen und quantitativ erhobenen Zahlen ist, schon allein aus Gründen der Stichprobenzusammensetzung, jedoch nur sehr eingeschränkt möglich. Erschwerend kam hinzu, dass bei den Patienten der vorliegenden Arbeit ungeklärt war, was als Arztkontakt zählte. Der qualitativen Arbeitsweise entsprechen wurde im Vorfeld keine einheitliche Definition festgelegt, sondern lediglich die offene Frage: „Wie oft gehen sie zum Arzt?“ erörtert.

In der derzeitigen quantitativen Literatur wurden viele, zum Teil erheblich unterschiedliche Angaben zur Häufigkeit der Arztbesuche gefunden. In einer Arbeit von Bergmann et al. aus dem Jahr 2005 schrieben die Verfasser von einer Häufigkeit der Arztbesuche von durchschnittlich 4,16/Jahr bezogen auf die Gesamtstichprobe, bei den über 65Jährigen aber von 6,13/Jahr. Diese Daten wurden per Telefonbefragung erhoben und rein subjektive Patientenangaben (Bergmann et al. 2005). Andere, bedeutend höhere Zahlen zum Thema Arztbesuche, beispielsweise 17 Besuche/Jahr (Riens et al. 2012), ließen sich nur schwerlich damit vergleichen, da dort jede Leistung, die abgerechnet wurde - also auch Rezeptausstellung und telefonische Beratung - als „Arztbesuch“ gerechnet wurde. Ungeklärt blieb, ob das nach subjektiver Patientenmeinung auch einem Arztbesuch entsprach. Vergleichende Übersichtsarbeiten für die Situation in Deutschland konnten bisher nicht gefunden werden.

Relative Einigkeit herrschte in der gefundenen Literatur darüber, dass Patienten mit Migrationshintergrund und einheimische Patienten keine Unterschiede in der Häufigkeit

ihrer Hausarztbesuche aufweisen würden (Aparicio et al. 2005; Bergmann et al. 2005; Bungartz et al. 2011).

Der augenfälligste Unterschied zwischen den russischsprachigen und den deutschen Patienten bestand bezüglich der Möglichkeit der Überweisung zu Fachärzten. In der Gruppe der Migranten wurde dabei häufiger erwähnt, dass der Hausarzt auf die bloße Funktion des „Überweisers“ reduziert werden würde, der sich wenig mit dem Patientenfall beschäftige, sondern ihn direkt nach Wunsch an den Facharzt weiterleiten solle. Zu dieser Fragestellung, ob die Migranten in ihrem Hausarzt eher die Funktion des Dienstleisters sahen, ließ sich derzeit noch keine aussagekräftige Literatur finden. Allerdings konnte bei Betrachtung des Gesundheitssystems der ehemaligen Sowjetunion die Vermutung aufgestellt werden, dass dem so sei. Das sowjetische System war gekennzeichnet durch eine hohe Anzahl an Ärzten und durch viele Spezialisten für verschiedene Krankheitsgebiete (Farmer et al. 2003). Somit erschien es den Patienten, die aus einem solchen Gesundheitssystem kamen, viel natürlicher und gewöhnlicher Rat bei den Spezialisten einer Fachrichtung zu suchen und nicht in einem Arzt den Ansprechpartner für alle Belange zu sehen. Das konnte erklären, warum die Migranten in der vorliegenden Arbeit den Hausarzt eher als „Durchgangsstation zum Spezialisten“ betrachteten und nicht als eigenständige Instanz zur Behandlung ihrer Beschwerden. Eindeutige Arbeiten zu diesem Thema standen zum Zeitpunkt der Literaturrecherche aber noch aus.

4.6. Arztwechsel

In den durchgeführten Interviews fanden sich einige Angaben zu der Fragestellung, aus welchen Gründen Patienten ihren Hausarzt wechseln würden. In diesem Punkt blieb zunächst festzuhalten, in beiden Gruppen etwa gleich häufig von Arztwechseln berichtet wurde. Unterschiede fanden sich allerdings in der Häufigkeitsverteilung der Begründungen für den Wechsel.

Nach dem Vorbild einer Studie von Gandhi et al. aus dem Jahr 1997 konnte man die Gründe für einen Arztwechsel in „modifizierbare“ und „nicht-modifizierbare“ Gründe unterteilen. Als nicht-modifizierbare Gründe galten dabei beispielsweise der Umzug, Ruhestand oder Tod des Arztes, eine zu große Distanz zwischen Praxis und Wohnort oder ein Ortswechsel des Patienten. Modifizierbare Gründe waren dementsprechend Gründe, die durch das Verhalten des Arztes oder des Patienten beeinflusst wurden, wie Unzulänglichkeiten in der Arzt-Patienten-Beziehung, fehlendes Vertrauen, unfreundliches Benehmen etc. (Gandhi et al. 1997).

Dieser Einteilung folgend fiel auf, dass die Häufigkeitsverteilung der angeführten Gründe differierte. Die Mehrheit der russischsprachigen Patienten führte hauptsächlich modifizierbare Gründe für den Arztwechsel an, die deutschen Patienten häufiger nicht-modifizierbare Gründe. Diese Diskrepanz wurde bisher in der Literatur noch nicht beschrieben. Allgemein lagen nur spärliche Daten zu der Begründung von Arztwechseln vor (Mold et al. 2004). Die spezielle Frage ob russischsprachige Migranten eine andere Einstellung zu Arztwechseln besitzen würden, ließ sich dabei in der Literatur nicht finden. Die getätigten Patientenaussagen konnten aber in Zusammenschau mit dem bereits vorangehend beschriebenen Unterschied in der Patientenzufriedenheit dahingehend interpretiert werden, dass Patienten mit Migrationshintergrund insgesamt weniger zufrieden mit ihrer hausärztlichen Versorgung sein könnten. Somit war es vorstellbar, dass sie Arztwechsel auch eher mit Gründen der Unzufriedenheit begründeten, da bei ihnen die Schwelle, an der die Zufriedenheit beim Arzt in Unzufriedenheit umschlug, niedriger lag, als bei den deutschen Patienten. Ebenso wäre auch denkbar, dass die Migranten eine geringere emotionale Bindung an ihren Hausarzt besäßen und es ihnen daher einfacher falle den Arzt zu wechseln. Letzten Endes war diese Theorie noch rein spekulativ und in der derzeit veröffentlichten Literatur bisher noch nicht untersucht.

Gut belegt waren indes die Gründe, aus denen der Arzt gewechselt wurde. An nicht-modifizierbaren Gründen wurde am häufigsten eine zu große Distanz zwischen Arztpraxis und Patientenwohntort genannt (Billinghurst und Whitfield 1993; Gandhi et al. 1997). Die weiteren wichtigsten Gründe für Arztwechsel fielen unter die modifizierbaren

Gründe, wobei hauptsächlich der Vertrauensverlust zwischen Arzt und Patienten, das Desinteresse am Patienten und unhöfliches Benehmen des Arztes zu nennen waren (Billinghurst und Whitfield 1993). Andere Gründe, die von dem Patienten der vorliegenden Arbeit angeführt wurden, wie das Personal der Arztpraxis und das Geschlecht des Arztes, wurden in der Arbeit von Billinghurst und Whitfield als eher unbedeutend gelistet.

Einen Sonderpunkt nahmen die sprachlichen Schwierigkeiten ein. In den Interviews der russischsprachigen Patienten zählte die Sprache als ein Grund, den Arzt zu wechseln. Explizit wurde dieser Punkt in der Literatur nicht genannt, allerdings wurde eine intakte Kommunikation mit dem Arzt als entscheidendes Kriterium gesehen, welches einen Arztwechsel verhindere (Buja et al. 2011). Würde dieses protektive Element wegfallen, bzw. unter der Annahme, dass eine intakte Kommunikation zwischen Arzt und Patient durch sprachliche und kulturelle Barrieren nicht möglich sei, könnte davon ausgegangen werden, dass der Arztwechsel schneller erfolge.

Zusammenfassend blieb festzuhalten, dass keine unterschiedliche Häufigkeit bei Arztwechseln beobachtet werden konnte. Auch in den genannten Gründen für Arztwechsel unterschieden sich die beiden Patientengruppen nicht. Allerdings wurden diese Argumente verschieden häufig verwendet. Die russischsprachigen Patienten nannten eher modifizierbare, die deutschen Patienten eher nicht-modifizierbare Einflussfaktoren. Die Grundlage dieses Unterschieds blieben ungeklärt, Zusammenhänge mit einer unterschiedlichen Zufriedenheit, die kulturell und sprachlich begründet sein könnte, konnten dennoch vermutet werden.

4.7. Compliance

Im Folgenden wurden die Ergebnisse zu der Frage nach der Compliance der Patienten analysiert. Vorab ist hier die herausgehobene Bedeutung der Compliance zu erläutern. In mehreren Metaanalysen wurde eine deutliche Korrelation von guter Compliance und

positiven Outcome aufgezeigt (Dias-Barbosa et al. 2012; Cramer et al. 2008). Dabei beeinflusste die Compliance nicht nur das Therapieergebnis, sondern auch die Patientenzufriedenheit und die Therapiekosten.

Die Patienten der vorliegenden Arbeit gaben überwiegend eine gute bis sehr gute Compliance an. Ob dies aus sozialer Erwünschtheit geschah, oder die gute Compliance auch real vorhanden war, ließ sich nicht eruieren. Die Angaben waren insofern ungewöhnlich, da die Compliance in der durchschnittlichen Bevölkerung, insbesondere bei der Medikamententherapie, derzeit im Allgemeinen als mittel bis schlecht eingeschätzt wurde. So ging eine Übersichtsarbeit über Studien aus den Jahren 2000 bis 2005 davon aus, dass nur 59% aller Patienten ihre Medikamente an über 80% der therapiepflichtigen Tage nehmen würden (Cramer et al. 2008).

Als Grundlage einer guten Compliance berichteten die Patienten von einem guten Arzt-Patienten-Verhältnis, gegründet auf Verständnis und Vertrauen. Diese wurde auch in der Literatur vermehrt beschrieben, insbesondere bei der Medikamenteneinnahme. So berichteten Benson und Britten in ihrer qualitativen Studie darüber, warum Patienten ihre Medikamente trotz Vorbehalte nehmen würden. Dabei kamen sie zu dem Schluss, dass gute Erfahrungen mit dem Arzt, erlebte Vorteile durch die Medikation und pragmatische Überlegungen zu einer guten Compliance beitragen würden (Benson und Britten 2002). Kirkcaldy et al. sahen als Grundlage für eine gute Compliance die Übereinstimmung der subjektiven Krankheitstheorien. Würde sich bei Arzt und Patient keine Übereinstimmung dieser jeweiligen Theorien ergeben, bedingte dieses Missverhältnis Non-Compliance (Kirkcaldy et al. 2007).

Letzteres konnte auch als Erklärung der unterschiedlich angegebenen Compliance zwischen deutschen und russischsprachigen Patienten dienen. Dabei zeigten die ermittelten Daten eine geringere Compliance bei den Migranten. Wie schon mehrfach in dieser Arbeit angeführt wurde, konnte davon ausgegangen werden, dass zwischen der Gruppe der deutschen Patienten und der Gruppe der russischsprachigen Migranten ein unterschiedliches Krankheitsverständnis vorliegen würde (Grabbe 2000). Diese

unterschiedliche Krankheitstheorie führte somit zu einer höheren Rate an Non-Compliance (Kirkcaldy et al. 2007). Ein zusätzlicher Faktor für Non-Compliance lag in der sprachlichen Barriere begründet. Ferguson und Candib wiesen in ihrer Arbeit einen Zusammenhang zwischen sprachlichen Unzulänglichkeiten und einer negativen Auswirkung auf die Compliance nach (Ferguson und Candib 2002).

Die von zwei Patienten beschriebene komplette Ablehnung von Medikamenten war ein weiterer beschriebener Aspekt der Non-Compliance (Dowell 1997). Grundlegend dafür war eine Vielzahl verschiedener Gründe, hauptsächlich jedoch Ängstlichkeit. Gascon et al. nannten in ihrer qualitativen Arbeit als Hauptgründe Angst gegenüber dem Medikament, fehlendes Bewusstsein gegenüber der Krankheit und klinische Erfahrungen mit dem Gesundheitssystem (Gascon et al. 2004).

Zusammenfassend ließ sich der gefundene Unterschied zwischen den russischsprachigen und den deutschen Patienten am ehesten mit einem unterschiedlichen Krankheitsverständnis erklären. Außerdem erschwerten sprachliche Differenzen in der Behandlung bei einem deutschsprachigen Arzt die Kommunikation und die Compliance zusätzlich.

4.8. *Eigeninitiative*

In der vorliegenden Arbeit zeigte sich bei den Patienten der beiden Patientengruppen ein unterschiedliches Niveau, was ihre Aktivität in Gesundheitsfragen betraf. Dabei lagen die Unterschiede hauptsächlich in zwei verschiedenen Bereichen: zum einen in der aktiven Teilhabe an den Entscheidungen des Arztes und zum anderen in der Gestaltung eines gesunden Lebensstils. Während sich die deutschen Patienten in diesen Bereichen hauptsächlich als „aktiv“ bezeichneten, fiel der Anteil der aktiven Patienten bei den Patienten mit Migrationshintergrund geringer aus.

Die Ursache dieser Unterschiedlichkeit wurde in der Literatur unter verschiedenen Gesichtspunkten beleuchtet. Im Bereich der aktiven Lebensführung mit gesunder Ernährung, ausreichender sportlicher Betätigung und Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen wurden die russischsprachigen Patienten als inaktiver eingeschätzt. Grabbe beschrieben in ihrer Arbeit über das sowjetische Gesundheitssystem eine fehlende Kultur für Änderungen des Lebensstils (Grabbe 2000). In der ehemaligen Sowjetunion galt eine gesunde Lebensweise nicht als Teil der Therapie. Dementsprechend war es für Migranten ungleich schwerer, diese Option der Therapie durch gesunde Lebensführung zu erkennen, zu akzeptieren und wahrzunehmen.

Noch deutlicher als im Punkt der Lebensführung unterschieden sich die Patientengruppen in der Teilhabe an den Entscheidungen ihres Arztes. Dort wurde deutlich, dass bei den russischsprachigen Teilnehmern weniger Patienten ihren eigenen Behandlungsplan entwarfen und diesen mit dem Arzt abglichen. Die therapiebezogenen Entscheidungen wurden somit eher von dem behandelnden Arzt alleine getroffen, als dass es einen gemeinsamen Prozess der Entscheidungsfindung zwischen Arzt und Patienten gab. Auch hier könnte die Prägung durch das sowjetische Gesundheitssystem als entscheidender Faktor für diese Divergenz gewertet werden (Ivanov und Buck 2002). In der Sowjetunion galt der Arzt als Autorität für gesundheitsbezogene Fragen und sollte klare Anweisungen geben (Bermejo et al. 2012a). Für Patienten, die in einem solchen direktiven Gesundheitssystem aufwuchsen, erforderte die Nutzung eines Gesundheitssystems wie dem deutschen, in dem Eigenverantwortung als essenzieller Behandlungsschwerpunkt gesehen wurde, (Bensing et al. 2011) eine Umstellung und ein Aufgeben alter Gewohnheiten, was nicht immer erfolgte.

Des Weiteren konnte die Nicht-Teilhabe am Entscheidungsprozess nicht nur als Übernahme alter Gewohnheiten interpretiert werden, sondern auch mittels der positiven Effekte, die sich daraus für die Patienten ergaben. Die Übertragung der Zuständigkeit für Gesundheitsfragen auf den Arzt, könnte den Patienten entlasten und aus Ängsten und Unsicherheiten in Bezug auf die Krankheit geschehen (Belcher et al. 2006). In einer groß angelegten US-amerikanischen Studie zum Thema des „shared-decision-making“ wurde

diese Neigung zur Abgabe der Gesundheitsverantwortung generell bei Migranten beobachtet (Levinson et al. 2005). Das ließe den Schluss zu, dass nicht nur die Vorprägung durch das Gesundheitssystem des Herkunftslandes, sondern auch die erhöhte allgemeine Unsicherheit nach der Migration die Nicht-Teilhabe an der Entscheidungsfindung begünstigen würde.

Erschwerend kam für die Migranten der Faktor „Sprache“ hinzu. Wie oben bereits erläutert erschien die mangelhafte Sprachkenntnis in vielen Bereichen des Gesundheitswesens als Barriere und somit behinderte eine erschwerte Kommunikation auch die gemeinsame Entscheidungsfindung (Ferguson und Candib 2002).

Schlussendlich erschien eine passive Einstellung im Arzt-Patienten-Kontakt sicherlich nicht als migrantenspezifisches Phänomen. Allerdings gab es eine Reihe an Faktoren, die eine passive Haltung bei Migranten förderten. Hierbei waren unter anderem sowohl die kulturelle Prägung als auch die unzureichende Kommunikationsmöglichkeit als Gründe zu nennen.

4.9. *Nutzung alternativer Heilmethoden*

Befragt nach der Nutzung von alternativmedizinischen Behandlungsmethoden zeigte sich, dass bei den Befragten keine einheitliche Definition des Begriffs „Alternativmedizin“ vorlag. Das Verständnis, was alternative und naturheilkundliche Medizin sei, reichte von der Behandlung mit Tees und Kräutern bis hin zu dem Besuch bei einem Wunderheiler.

Vor eben diesem Problem standen auch andere Forschungsarbeiten zur komplementären und alternativen Medizin (im englischen Sprachgebrauch kurz: CAM). Die derzeitige Forschungssituation gestaltete sich dahingehend als schwierig, da nahezu jede Forschungsgruppe unterschiedliche Definitionen zu der Fragestellung lieferte (Frass et al. 2012; Harris und Rees 2000). Somit konnte auch keine eindeutige Prävalenz für den

Gebrauch alternativer Therapiemethoden festgesetzt werden; das Robert-Koch-Institut nannte jedoch als groben Richtwert, dass ca. drei Viertel aller Deutschen bereits Erfahrungen mit Naturheilkunde gemacht hätten – Tendenz steigend (Marstedt und Moebus 2007). Auch eine systematische Übersichtsarbeit aus dem nordamerikanischen Raum legte sich auf keinen eindeutigen Zahlenraum fest, sprach aber von „substantial proportions of the population“, welche komplementäre oder alternativmedizinische Behandlungsverfahren nutzen würden (Harris und Rees 2000).

Der bedeutendste, in der vorliegenden Arbeit aufgezeigte Unterschied zwischen den Populationen der russischsprachigen und der deutschen Patienten lag darin, welche Formen der alternativen Medizin hauptsächlich angewandt wurden. In dieser Beziehung nutzten die Deutschen hauptsächlich „institutionelle“ Naturheilkunde, also Behandlungsarten wie Akupunktur oder Homöopathie, bei welchen die Therapie durch einen Arzt oder Heilpraktiker durchgeführt wurde. Russischsprachige Migranten nutzten andererseits eher Kräuter und Heilpflanzen in Eigenanwendung.

Die Gründe hierfür erschienen vielfältig. In einer niederländischen Studie mit Migranten aus der ehemaligen Kolonie Suriname wurde aufgezeigt, dass der Hauptgrund für die Beibehaltung heilpflanzlicher Behandlungsmethoden die schlichte Gewohnheit sei (van Anel und Westers 2010). Die Autoren führten aus, dass der Gebrauch von Heilpflanzen so lange anhalte, wie eine kulturelle Bindung an das Heimatland bestehe. Pieroni et al. führten diesen Punkt bei türkischen Migranten in Deutschland noch weiter aus, indem sie die Nutzung von traditionellen Heilpflanzen als Stärkung der eigenen Kultur erachteten (Pieroni et al. 2005). Die kulturelle Identität und die Nutzung heimatlicher Heilpflanzen bedingten sich somit gegenseitig.

Diese Ergebnisse könnten durchaus auf die Situation der russischsprachigen Patienten übertragen werden. Somit würden sie hauptsächlich Heilpflanzen nutzen, da sie es aus der Zeit vor ihrer Migration gewohnt wären und da sie mit der Nutzung der traditionellen Medizin ein Stück ihrer Kultur bewahrten. Neben dem rein medizinischen Aspekt würde folglich noch ein identitätsstiftender Aspekt existieren.

Ein weiterer Grund für die unterschiedliche Bevorzugung alternativmedizinischer Methoden ließ sich in der Kostenfrage vermuten. Da die Kosten alternativmedizinischer Behandlungen durch die gesetzlichen Krankenkassen in Deutschland nur teilweise bis gar nicht abgedeckt wurden, bedeutete die Nutzung alternativer Medizin einen erhöhten Anteil an Mehrkosten. Hierbei machten insbesondere Akupunktur und Homöopathie als institutionelle Maßnahmen einen großen Anteil dieser Zusatzkosten aus (Marstedt und Moebus 2007). Da für viele Migranten aus der ehemaligen Sowjetunion und den GUS Staaten die Migration nach Deutschland mit einem Statusverlust einherging (Kornischka et al. 2008), war auch die finanzielle Situation im Vergleich zu den Deutschen eine andere. Deshalb wurden besondere Gesundheitsleistungen, die Mehrkosten verursachen wesentlich seltener wahrgenommen (Ivanov und Buck 2002). Der Anbau und die Verwendung bekannter Heilkräuter war im Vergleich zu dem Besuch bei einem Heilpraktiker eine kostengünstigere Alternative.

Alles in allem ließ sich festhalten, dass die Nutzung von alternativmedizinischen Heilmethoden in beiden befragten Patientengruppen verbreitet war. Unterschiede in der Form der Behandlung ließen sich auf kulturelle Prägungen und Kostengründe zurückführen.

4.10. Der ideale Hausarzt

Die Untersuchung zu der Fragestellung, wie sich deutsche und russischsprachige Patienten ihren idealen Arzt vorstellten, ergab, dass dieser Arzt eine Reihe von verschiedenen Eigenschaften mitbringen müsste. Diese Kompetenzen waren zu einem geringen Teil fachlicher Natur, der größere Teil der Bedingungen, die der ideale Hausarzt erfüllen sollte, betrafen aber in beiden Patientengruppen die menschlichen Eigenschaften des Arztes.

In der Literatur wurde der ideale Arzt ähnlich definiert. So zeigten Bendapudi et al. auf, dass die technischen Kompetenzen des Arztes selten bei Patientenbefragungen erwähnt

werden würden, da die Patienten sie nicht gut beurteilen und erfassen könnten. Hingegen würden die menschlichen Qualitäten des Arztes gut erfasst und stärker gewichtet. Sie ließen sich auf sieben Eigenschaften zusammenfassen; der Arzt sei demnach vertrauensvoll, empathisch, menschlich, personenbezogen, direkt, respektvoll und sorgfältig (Bendapudi et al. 2006). Weitere Arbeiten kamen zu vergleichbaren Aussagen (Bsp. Cheraghi-Sohi et al. 2008 und Theisel et al. 2010)

Der in dieser Arbeit festgestellte wichtigste Unterschied zwischen Migranten und Deutschen in Bezug auf ihre Vorstellung des idealen Arztes, ließ sich auf ein unterschiedliches Verständnis der Arzt-Patienten-Beziehung zurückführen. Während die deutschen Patienten sich selbst in der Verantwortung sahen, dem Arzt alles Relevante zu ihrer Krankheit zu sagen, sahen die russischsprachigen Patienten die Holschuld auf Seiten des Arztes. Der Arzt sei als Experte dafür zuständig, sich die nötigen Informationen zu erfragen.

In einer vergleichenden Arbeit zwischen US-Amerikanerinnen und immigrierten Frauen aus der ehemaligen Sowjetunion wurde Ähnliches berichtet (Ivanov und Buck 2002). Dort wurde diese Unselbstständigkeit darauf zurückgeführt, dass das Gesundheitssystem der ehemaligen Sowjetunion ein direktives Gesundheitssystem gewesen sei, welches die Bürger nicht daran gewöhnte eigenverantwortlich in Gesundheitsfragen zu entscheiden. In einem Gesundheitssystem, in dem der Arzt aber zunehmend zum Partner des Patienten wurde (Maio 2008) könnte den in der Sowjetunion sozialisierten Patienten die Umstellung auf eine solche Arbeitsweise schwer fallen. Zudem wurde in einer weiteren Arbeit ein Zusammenhang zwischen Minderheiten und dem Abgeben von Entscheidungen an den Arzt gesehen (Levinson et al. 2005). Dabei erscheint aber die Übertragbarkeit der Ergebnisse auf die hier vorliegende Studie eingeschränkt, da Levinson et al. in ihrer Arbeit auf die allgemeine Präferenz der US-Amerikanischen Bevölkerung an der Teilhabe der ärztlichen Entscheidungen eingingen und die Beobachtung der Entscheidungsabgabe von Migranten anhand der afroamerikanischen und hispanischen Studienteilnehmer abgeleitet wurde. Nichtsdestotrotz könnten die Zugehörigkeit zu einer Minderheit und die Umstellung auf ein weniger direktives

Gesundheitssystem erklären, warum bei den Migranten in der vorliegenden Arbeit der Wunsch nach einem direktiven und autoritären Hausarzt auftrat.

Trotz dieses unterschiedlichen Verständnisses der Arzt-Patienten-Beziehung blieb grundsätzlich festzustellen, dass die Unterschiede zwischen den Patientengruppen nicht in dem erwarteten Ausmaß vorlagen. Die Mehrheit der Patienten – sowohl bei den Deutschen, wie auch bei den Migranten – wünschte sich einen idealen Arzt, der vor allem menschliche Stärken habe, wie eine offene und ehrliche Art, eine Beraterfunktion und ein Vertrauen erweckendes Auftreten. Der hauptsächliche Unterschied zwischen den Patientengruppen lag in der unterschiedlichen Sichtweise des Arztes als Partner, oder als direktiven Experten. Hierbei gab eine Minderheit der russisch sprechenden Patienten an, dass ihr Arztideal dem Auftreten des Arztes in der ehemaligen Sowjetunion entsprach (Ivanov und Buck 2002).

4.11. Medizinische Behandlung im Ausland

Bei der Fragestellung nach der medizinischen Behandlung der Patienten im Ausland wurden mehrere Aspekte beleuchtet. Kernpunkt der Fragestellung war die Frage nach gezielten Behandlungen im Ausland, eine Frage, die in der derzeitigen Forschung unter dem Begriff „Medizintourismus“ beschrieben wurde. In einer umfangreichen Arbeit aus dem Jahr 2010 wurde Medizintourismus als „eine Reise ins Ausland, verbunden mit der Intention, eine nicht-notfallmäßige medizinische Behandlung zu erhalten“ definiert (Crooks et al. 2010).

Eben diesem Tourismus stand der Großteil der befragten Patienten skeptisch gegenüber. Die Gründe hierfür waren vielfältig, ließen sich im Wesentlichen aber auf einige wenige reduzieren. Bei den Deutschen war die fehlende Nachsorge ein Hauptargument gegen Medizintourismus. Die Sorge bei Komplikationen unzureichend behandelt zu werden überwog für die meisten gegenüber der eventuellen Vorteile deutlich.

Eben diese fehlende postoperative Nachsorge wurde auch in der Literatur als ein Hauptrisiko des Medizintourismus gesehen. So schrieben Crooks et al. 2010, dass die Risiken einer medizinischen Behandlung im Ausland eben nicht mit der Entlassung aus dem Krankenhaus enden würden, sondern noch weit darüber hinaus beständen. Viele Medizintouristen würden dann die nach der Behandlung anstehende Nachsorge nicht in ausreichendem Maße in Anspruch nehmen, weswegen sie tendenziell schlechter versorgt seien. Zusätzlich würde diese Nachsorge noch dadurch erschwert, dass die Dokumentation der medizinischen Behandlung im Ausland oftmals lückenhaft sei. In den meisten Fällen brächten die Patienten nur unzureichende Dokumente für den nachbehandelnden Arzt mit, so dass keine vollständige Dokumentation und damit auch keine aufeinander aufbauende Nachsorge gewährleistet werden könne. Crooks et al. führten diese Diskontinuität in der Dokumentation als einen von fünf Gefahren für Medizintouristen an (Crooks et al. 2013).

Ein weiterer genannter Grund für die deutschen Patienten gegen den Medizintourismus war die Bindung an den eigenen Arzt. Diese Bindung überwog auch gegenüber finanziellen Vorteilen, welche eine Behandlung im Ausland eventuell bieten würde.

Auch in der Literatur fanden sich Hinweise dafür, dass der finanzielle Aspekt alleine nicht ausreiche, damit Patienten ihre Behandlung im Ausland suchen. So kamen Köberlein und Klingenger in einer wirtschaftlich orientierten Arbeit zum Thema „Dentalismus“ zu dem Schluss, dass der ökonomische Aspekt oberflächlich betrachtet als ein Hauptargument für Dentalismus erscheine. Die letztendliche Entscheidung die Behandlung im Ausland wahrzunehmen werde aber stärker durch das Arzt-Patienten-Verhältnis mit dem heimischen Arzt und die Wechselbereitschaft des Patienten geprägt (Köberlein und Klingenger 2011). Interessant war bei dieser Argumentation über die Bindung an den Arzt, dass die Bindung ausschließlich als Argument bei den deutschen Patienten aufgeführt wurde. Dies stützt als ein weiteres Argument die These, dass russischsprachige Migranten eine geringere emotionale Bindung an ihren Arzt aufweisen könnten.

Bei den Migranten war ein Grund gegen Medizintourismus der niedrigere medizinische Standard ihres Heimatlandes. Da in der Fragestellung der Interviews meistens direkt nach der erneuten Behandlung in der alten Heimat gefragt wurde, spiegelten die Ergebnisse den Vergleich der Gesundheitssysteme Deutschlands und der ehemaligen Sowjetstaaten.

Sowohl aus den Patientenaussagen zu schließen, als auch die Literaturrecherche ergaben, dass der medizinische Standard in den Staaten der ehemaligen Sowjetunion niedriger gewesen sei, als der des deutschen Gesundheitssystems (Grabbe 2000). In puncto Medizintourismus bedeutete das, dass sich hier eine Gegensätzlichkeit zur Fragestellung zeigte, nämlich dass aus der Sicht russischer Patienten im Allgemeinen eher Deutschland als Zielland für Gesundheitsdienstleistungen gelte und nicht umgekehrt (Spielberg 2009).

Was aus Migrantensicht hingegen ein Argument für den Medizintourismus war, waren die ökonomischen Aspekte. Die Gewichtung des Preises in der Entscheidungsfindung für oder gegen die Gesundheitsdienstleistung im Ausland sei ein Faktor, der sehr stark von individuellen Ansichten der Patienten abhängt (Runnels und Carrera 2012). In der bereits genannten Arbeit zum Thema Dentaltourismus von Köberlein und Klingenberg wurden als weitere entscheidungsprägende Faktoren das Zahnarzt-Patienten-Verhältnis, die Qualität der Leistung und die individuelle Wechselbereitschaft der Patienten genannt (Köberlein und Klingenberg 2011). In Bezug auf vorangegangene Ergebnisse der Punkte „Patientenzufriedenheit“ und „Arztwechsel“ konnte der Migrantengruppe im direkten Vergleich mit der deutschen Patientengruppe eine leicht verminderte Zufriedenheit und höhere Wechselbereitschaft aus modifizierbaren Gründen unterstellt werden. Zusätzlich kam hinzu, dass Migranten in Deutschland häufiger unter ihrem Ausbildungsniveau erwerbstätig seien (Kornischka et al. 2008) und somit auch der soziale Status als niedriger angesehen werden konnte. Diese Gründe mögen ausschlaggebend dafür sein, dass der finanzielle Anreiz, den Medizintourismus verspricht, eine höhere individuelle Gewichtung bekam und die Gruppe der Migranten im Allgemeinen deshalb dieser Behandlungsoption offener gegenüber stand, als die deutschen Patienten.

Alles in allem ließ sich aufzeigen, dass die Nutzung medizinischer Therapien im Ausland eine multifaktorielle und sehr individuelle Entscheidung war, so dass allgemeingültige Aussagen schwerlich getroffen werden konnten. Was deutlich wurde, war, dass die Mehrheit des Patientenkollektivs dem Themenkomplex skeptisch gegenüber stand und dass die konkrete Nutzung eher – und das auch bei Migranten – eine Randerscheinung darstellte. Aber auch in diesem untersuchten Punkt zu den Unterschieden zwischen Deutschen und Migranten ließ sich ein Hinweis darauf finden, dass die emotionale Bindung an den Hausarzt ein Aspekt der Arzt-Patienten-Beziehung sein könnte, welcher die Meinung der Deutschen von der Meinung der Migranten unterschied.

4.12. Gründe für mangelnde Informiertheit

In der vorliegenden Arbeit wurde zuletzt die Fragestellung erörtert, wie gut sich die Patienten informiert fühlten, und – falls sie sich nicht gut informiert fühlten – was die Gründe für diesen Mangel an Wissen und Information sein könnten. Die einheitliche Meinung aus beiden Patientengruppen war dabei, dass sie sich schlecht informiert fühlten. Deutliche Unterschiede lagen hingegen in der Begründung dieses Informationsdefizits.

In der Literatur konnten nur schwer konkrete Zahlen dazu gefunden werden, wie gut sich Patienten informiert fühlten (Wöllenstein 2004). Da sich in Deutschland ca. 1/3 der Bevölkerung aktiv um Informationen bemühten (Horch und Wirz 2005), konnte man im Umkehrschluss daraus folgern, dass ca. 2/3 der Bevölkerung kein aktives Interesse an zusätzlichen Gesundheitsinformationen zeigten. Eine Aussage darüber, ob dies durch mangelndes Interesse oder durch das Gefühl, ausreichend informiert zu sein begründet war, ließ sich aber nicht tätigen. Vorliegende Zahlen zum Beratungsangebot - ausschließlich von gesetzlichen Krankenkassen - bestätigten, dass aus Patientensicht weiterhin ein großer Beratungsbedarf bestand, was die Leistungen und Qualitäten ihrer Krankenkasse betraf (Wöllenstein 2004). Im Gegenzug konnte daraus geschlossen

werden, dass sich Patienten unzureichend informiert fühlten, wie es auch von den Patienten der vorliegenden Studie angegeben wurde.

Als Gründe für diesen niedrigen Stand der Informiertheit wurden in beiden Gruppen verschiedene Gründe genannt. Ein Grund, der in beiden Patientengruppen auftauchte war, dass die vorliegenden Informationsmaterialien schwer zu verstehen waren, da sie in einer sehr fachterminologisch geprägten Sprache verfasst wurden. Ebendies wurde in einer Arbeit zum Thema Non-Compliance hervorgehoben, dass Beipackzettel bei Medikamenten oft ängstigend und schwierig formuliert seien (Gascon et al. 2004).

Ein Grund, der ausschließlich in der Gruppe der Migranten genannt wurde, war die mangelnde Vorkenntnis. Die Patienten gaben an, zu wenig Vorwissen zu besitzen, um die richtigen Fragen zu stellen und an den geeigneten Orten nach den richtigen Antworten zu suchen.

In der Literatur wurde dieses in mehreren Studien ebenso belegt. Dort wurde ausgeführt, dass Migranten häufig schlechter informiert waren und ihr Gesundheitsverhalten dadurch negativ beeinflusst wurde, da sie weniger Kenntnis über die Möglichkeiten besaßen, die das Gesundheitssystem ihnen bot (Bsp.: Volodina et al. 2011 und Zeeb et al. 2004)

Ein weiterer bedeutender Unterschied zwischen der Gruppe der Migranten und der Gruppe der Deutschen in Bezugnahme auf die Informiertheit war die Frage nach der Hol und Bringschuld. Dieser Punkt klang auch bereits im Absatz des „idealen Arztes“ an. Wie auch in der Bewertung des idealen Arztes wurde auch bei der Begründung des Informationsmangels die Frage aufgeworfen, wer dafür verantwortlich sei, dass der Patient ausreichend über seine Möglichkeiten, Rechte und Pflichten aufgeklärt sei. Die Gruppe der Migranten sah diese Bringschuld vorwiegend bei den professionellen Institutionen des Gesundheitssystems, also bei den Ärzten und Krankenkassen. Die Deutschen hingegen hatten eher die Tendenz sich ihr niedriges Wissen zum Gesundheitssystem selber zuzuschreiben, da sie sich nicht ausreichend aktiv um Informationen bemühen würden.

Literatur zum Thema Informationsbeschaffung ließ auf einen Zusammenhang zwischen Minderheiten und mangelnder, aktiver Informationssuche schließen (Rooks et al. 2012; Wiltshire et al. 2006). Ähnliches beschrieben Ivanov und Buck wenn sie schrieben, dass sich Migranten aus der Sowjetunion bzw. den GUS-Staaten häufig unterversorgt mit Informationen fühlten (Ivanov und Buck 2002). Dies konnte darauf zurückgeführt werden, dass in der ehemaligen Sowjetunion keine Kultur der Eigeninitiative verbreitet war (Grabbe 2000). Erschwerend kam noch hinzu, dass die Entwicklung der letzten Jahre den Trend zur aktiven Informationssuche noch unterstütze (Cotten und Gupta 2004). Dies machte es für Migranten in Deutschland noch schwerer, ihre Ansprüche auf Dienstleistungen und Informationen zu Gesundheitsfragen zu finden.

Zusammenfassend blieb festzuhalten, dass sich die Patienten, sowohl Deutsche als auch Migranten, schlecht informiert fühlten. Objektiv konnte aufgezeigt werden, dass die Informationsbeschaffung der Patienten mit Migrationshintergrund im Gegensatz zu den Deutschen außerdem noch unter erschwerten Voraussetzungen stattfand. Zusätzlich bestand auch ein grundlegend verschiedenes Denken darüber, wer für die ausreichende Information eines Patienten zuständig sei; die Mitarbeiter des Gesundheitswesens oder die Patienten selber.

4.13. Ausblick

In Bezugnahme auf die ursprüngliche Fragestellung der Arbeit erschien hier eine abschließende Betrachtung und Wertung der einzelnen diskutierten Ergebnisse von Nöten.

Die endgültige Beantwortung nach dem quantitativen Ausmaß der Unterschiede zwischen Deutschen und Migranten in der Bewertung des deutschen Gesundheitssystems musste das in dieser Arbeit gewählte qualitative Vorgehen unbeantwortet lassen. Da aufgezeigt werden konnte, dass in Deutschland im Jahr 2013 ein bedeutender Mangel an evidenter Forschung zum Thema der russischsprachigen Migranten und ihrer Sicht auf

das deutsche Gesundheitssystem vorlag wäre es auch vermessen zu behaupten, eine qualitative Arbeit würde es vermögen diese Lücke ausreichend zu füllen. Dies war schon alleine in Anbetracht des gewählten qualitativen Verfahrens nicht möglich. Qualitatives Arbeiten kann der Hypothesenbildung dienen, aber nicht vorrangig dem Quantifizieren und Falsifizieren von getätigten Aussagen. Da der Kernpunkt dieser Arbeit das Aufzeigen verschiedener Meinungen war wurde es jedoch folgerichtig als das Mittel der Wahl und dem Forschungsanspruch angemessen gewählt.

Bei detaillierter Analyse der Patienteninterviews von Patienten mit unterschiedlichem kulturellem Hintergrund konnten unter Berücksichtigung der vorhandenen Studienlage wichtige Hypothesen herausgearbeitet werden:

1. Migranten sehen vermehrt die Verantwortung für ihr Gesundheits- und Informationsverhalten außerhalb ihrer Eigenverantwortung, woraus schlechtere Compliance und ein eher passiverer Lebensstil resultiert.
2. Migranten besitzen eine geringere emotionale Bindung an ihren Hausarzt und neigen daher eher zu Arztwechseln.
3. Die Migranten sind im gesamten unzufriedener mit der Versorgung durch ihren Hausarzt
4. In puncto Naturheilkundlicher Verfahren wenden die Migranten vermehrt Verfahren an, die ihnen aus ihren Ursprungsländern bekannt sind und partizipieren - im Gegensatz zu den Deutschen - weniger an den institutionellen Angeboten der Alternativmedizin.

Bei der abschließenden Betrachtung dieser Hypothesen konnten ein Zusammenhang zwischen den Unterschieden der Patientengruppen und der medizinischen Sozialisationen sowie der sprachlichen Barrieren als wahrscheinlich und – immer unter dem Gesichtspunkt der eingeschränkten Übertragbarkeit der gefunden Literatur – auch als plausibel erachtet werden. Die Klärung erfordert jedoch weiteren Forschungsbedarf, beispielsweise in Form einer quantitativen Aufarbeitung.

5. Zusammenfassung

5.1. Deutsche Fassung

Ausgangslage: In Deutschland lebten 2013 ca. 3,2 Millionen Bundesbürger, mit Migrationshintergrund aus der ehemaligen Sowjetunion, bzw. den GUS-Staaten. Diese Bevölkerungsgruppe ist in einer Weise medizinisch sozialisiert worden, welche sich von der einheimischen Bevölkerung unterscheidet. In Forschungsarbeiten zu dem Gesundheitszustand der Bevölkerung war diese Bevölkerungsgruppe bisher jedoch unterrepräsentiert. Die vorliegende Arbeit sollte ein Teil dazu beitragen, den vorhandenen Forschungsbedarf zu decken, indem die Erwartungen und Erfahrungen von Patienten mit Migrationshintergrund und ohne Migrationshintergrund in Bezug auf ihren Hausarzt verglichen wurden.

Methode: Methodisch geschah dieser Vergleich in Form einer qualitativen Arbeit. Als Stichprobe dienten die Interviews von 24 Deutschen und 25 Migranten. Die Interviews der Migranten wurden hierbei auf Russisch geführt, um eine etwaige Sprachbarriere zu minimieren. Nach Transkription und ggf. Übersetzung ins Deutsche erfolgte die weitere Auswertung mittels der Software MAXQDA nach den Regeln der qualitativen Inhaltsanalyse.

Ergebnis: In Bezug auf die einzeln ausgewerteten Punkte präsentierte sich folgende Sicht: Im direkten Vergleich waren die deutschen Patienten zufriedener mit ihrem Hausarzt, wobei sich der Unterschied in der Bewertung zwischen „sehr gut“ und „gut“ bewegte. In puncto der Schwierigkeiten mit dem Hausarzt gaben die Migranten häufiger Barrieren im Umgang mit ihrem Arzt an. Als Hauptbarriere wurde dabei die mangelnde Sprachkenntnis angeführt. Aber auch der Vorwurf einer „Unnahbarkeit“ oder unpersönlichen Arbeitsweise stand auf Seiten der Patienten mit Migrationshintergrund im Raum. Bei Beachtung der Häufigkeiten und Begründungen von Arztwechseln erschienen weitere Unterschiede zwischen den Patientengruppen. Zwar waren die Anzahl der Arztwechsel in beiden Gruppen gleich und auch die genannten Argumente in beiden

Gruppen ähnlich, die Häufigkeitsverteilung war jedoch gegensätzlich. Bei den Deutschen wurden hauptsächlich „nicht-modifizierbare Gründe“ angeführt, wie Arztwechsel auf Grund von Ortswechseln. Migranten erwähnten in ihrer Begründung im Gegensatz dazu häufig „modifizierbare Gründe“, die im Arzt-Patienten-Verhältnis begründet waren. Des Weiteren zeigte sich bei den Migranten ein passiverer Lebensstil was das Bemühen um die eigene Gesundheit betraf. Analog dazu ergab sich auch im Bereich der Informationsbeschaffung in der Gruppe der Migranten das Bild des passiveren Patienten, wobei beide Patientengruppen sich schlecht informiert fühlten. Deutlich trat dabei hervor, dass zwischen den Gruppen ein unterschiedliches Verständnis dafür vorlag, wer für die Informationsbeschaffung zuständig sei. In Bezug auf das Bild des idealen Arztes, die Anzahl der Arztkontakte pro Jahr und die Überlegungen zur ärztlichen Behandlung im Ausland unterschieden sich beide Patientengruppen allenfalls marginal.

Diskussion: Auf Grund der vorhandenen Ausgangslage und dem bisherigen Mangel an Forschungsarbeiten zur Betrachtung der Patienten mit Migrationshintergrund aus der ehemaligen Sowjetunion und den GUS-Staaten, stand in der vorliegenden Arbeit klar die Hypothesenbildung vorrangig vor der Quantifizierung oder Falsifizierung aufgestellter Hypothesen. Daher war das qualitative Vorgehen das Mittel der Wahl. Insgesamt waren die aufgezeigten Ergebnisse mit der gefundenen Literatur vereinbar; allerdings immer unter dem Hinblick darauf, dass zur konkreten Fragestellung keine vergleichbaren Arbeiten vorliegen. Die zu vergleichenden Studien der gegenwärtigen Forschung in Deutschland hatten als Gegenstand entweder die Migrantenpopulation im Allgemeinen, mit besonderem Augenmerk auf die türkischstämmige Bevölkerung oder die psychische Gesundheit der Migranten.

Als besondere Unterschiede zwischen den beiden Patientengruppen konnte ein unterschiedliches Verantwortungsbewusstsein für die eigene Gesundheit und eine geringere emotionale Bindung der Patienten an ihren Hausarzt herausgearbeitet werden. Dabei erschien die Schlussfolgerung zulässig, dass dies durch die medizinische Sozialisation hinreichend erklärt werden kann. Des Weiteren wurden die

Sprachschwierigkeiten als immer wiederkehrende Ursachen dieser Unterschiede in der Bewertung des Gesundheitssystems angeführt.

Um eine weitere Verbesserung und ein besseres Verständnis für die Behandlung russischsprachiger Migranten in Deutschland zu entwickeln wird weitere Forschung mit unterschiedlichen Ansätzen und Blickwinkeln von Nöten sein. Die hier aufgezeigten Hypothesen sollten auf ihrer Übertragbarkeit für die Gesamtbevölkerung hin untersucht und bewertet werden.

5.2. Englische Fassung

Introduction: In the year 2013, there were about 3.2million German citizens with a migration background from the former Soviet Union, respectively the GUS-states. Their medical socialization is different from that of the native German population. Research about the health situation in this section of the population was underrepresented. This study aims at a contribution to fill the lack of knowledge and does so by comparing the expectations and experience of patients with and without a migration background towards their family doctor.

Methods: This comparison was done in form of a qualitative study. 24 interviews of Germans and 25 Interviews of migrants were conducted. The interviews with the migrants were carried out in Russian, in order to minimize barriers of speech. After the transcription and translation the interviews were coded wit MAXQDA, using a content-analytic approach.

Results: Direct comparison showed that the German patients were more satisfied with their family doctor, although the difference was between an A-grade and a B-grade. As far as the difficulties in doctor-patient-relationships were concerned, the migrant population reported barriers more often. The main barrier was the lack of knowledge in language, but also aloofness or an impersonal working principle on the physician's side.

Other differences between the two groups were seen by looking at the frequency of changing the family doctor and their explanation for it. Even though the total number of changes and the reasons were the same, the frequency distribution was contrary. The German interviewees mainly used “non-modifiable” reasons, such as distance to or change of location. The migrants often applied “modifiable” reasons, grounded in the doctor-patient-relationship. Additionally there was a more passive lifestyle found in the migration group and also a more passive information procurement. But both groups claimed that they were badly informed. Another main difference between the groups was the understanding of responsibility for the procurement of information. Concerning the picture of an ideal doctor, the frequency of visiting the doctor per year, and the consideration of medical tourism, the differences were only marginal.

Discussion: Because of the lack of knowledge and missing studies about the population from the former Soviet Union, respectively the GUS-states, this study was supposed to form new hypotheses and not to quantitate or falsify existing hypotheses. Therefore a qualitative method was chosen. In general the conclusions shown match the already existing literature; well aware of the fact, that there were no directly comparable studies. The existing surveys on migrant population in Germany approached either the migrant population in general – with special attention to the Turkish population – or the psychological health of the Russian speaking population.

The main difference between the patient groups there could be seen in a different sense of responsibility for their own health and a lower emotional bond to the family doctor. Medical socialisation and language barriers seemed to be plausible conclusions for those results.

For a better understanding and an improvement of the physician-patient-relations of the Russian speaking population in Germany this conclusion should lead to further research with different and diverse approaches. The shown hypotheses should be analysed and evaluated concerning the transferability to the whole German population.

6. Literaturverzeichnis

- Aparicio, M. L.; Döring, A.; Mielck, A.; Holle, R. (2005):** Unterschiede zwischen Aussiedlern und der übrigen deutschen Bevölkerung bezüglich Gesundheit, Gesundheitsversorgung und Gesundheitsverhalten: eine vergleichende Analyse anhand des KORA-Surveys 2000. In: *Soz.-Präventivmed.* 50 (2), S. 107–118. DOI: 10.1007/s00038-004-3088-9.
- Belcher, V. N.; Fried, T. R.; Agostini, J. V.; Tinetti, M. E. (2006):** Views of older adults on patient participation in medication-related decision making. In: *J Gen Intern Med* 21 (4), S. 298–303. DOI: 10.1111/j.1525-1497.2006.00329.x.
- Bendapudi, N. M.; Berry, L. L.; Frey, K. A.; Parish, J. T.; Rayburn, W. L. (2006):** Patients' Perspectives on Ideal Physician Behaviors. In: *Mayo Clinic Proceedings* 81 (3), S. 338–344. DOI: 10.4065/81.3.338.
- Benisovich, S. V. (2003):** Meaning and knowledge of health among older adult immigrants from Russia: a phenomenological study. In: *Health Education Research* 18 (2), S. 135–144. DOI: 10.1093/her/18.2.135.
- Bensing, J. M.; Deveugele, M.; Moretti, F.; Fletcher, I.; van Vliet, L.; van Bogaert, M.; Rimondini, M. (2011):** How to make the medical consultation more successful from a patient's perspective? Tips for doctors and patients from lay people in the United Kingdom, Italy, Belgium and the Netherlands. In: *Patient Education and Counseling* 84 (3), S. 287–293. DOI: 10.1016/j.pec.2011.06.008.
- Benson, J.; Britten, N. (2002):** Patients' decisions about whether or not to take antihypertensive drugs: qualitative study. In: *BMJ* 325 (7369), S. 1–5. DOI: 10.1136/bmj.325.7369.873.
- Berger, B.; Lenz, M.; Mühlhauser, I. (2008):** Patient zufrieden, Arzt gut? Inwiefern ist Patientenzufriedenheit ein Indikator für die Qualität der hausärztlichen Versorgung? In: *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 102 (5), S. 299–306. DOI: 10.1016/j.zgesun.2008.01.004.
- Bergmann, E.; Kalcklösch, M.; Tiemann, F. (2005):** Inanspruchnahme des Gesundheitswesens. In: *Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz* 48 (12), S. 1365–1373. DOI: 10.1007/s00103-005-1167-6.
- Bermejo, I.; Hölzel, L.P.; Kriston, L.; Härter, M. (2012a):** Subjektiv erlebte Barrieren von Personen mit Migrationshintergrund bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsmaßnahmen. In: *Bundesgesundheitsbl.* 55 (8), S. 944–953. DOI: 10.1007/s00103-012-1511-6.
- Bermejo, I.; Frank, F.; Maier, I.; Hölzel, L. (2012b):** Gesundheitsbezogenes Inanspruchnahmeverhalten von Personen mit Migrationshintergrund und einer psychischen Störung im Vergleich zu Deutschen. In: *Psychiat Prax* 39 (02), S. 64–70. DOI: 10.1055/s-0031-1292832.

Billinghurst, B.; Whitfield, M. (1993): Why do patients change their general practitioner? A postal questionnaire study of patients in Avon. In: *Br J Gen Pract* 43 (373), S. 336–338.

Boll-Palievskaya, D. (2005): Arzt-Patient-Verhältnis. Zusammenprall der Kulturen. In: *Deutsches Ärzteblatt* 102 (10), S. A-654. Online verfügbar unter <http://www.aerzteblatt.de/v4/archiv/artikel.asp?src=dimdi&id=45754>, zuletzt geprüft am 17.06.2014.

Buja, A.; Cavinato, M.; Perissinotto, E.; Rausa, G.; Mastrangelo, G.; Toffanin, R. (2011): Why do patients change their general practitioner? Suggestions on corrective actions. In: *Ir J Med Sci* 180 (1), S. 149–154. DOI: 10.1007/s11845-010-0571-6.

Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (Hg.) (2013): Migrationsbericht 2011. des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge. Im Auftrag der Bundesregierung. Unter Mitarbeit von Stefan Rühl, Paul Brucker und Martin Kohls. Online verfügbar unter <http://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Publikationen/Migrationsberichte/migrationsbericht-2011.html?nn=1663558>, zuletzt aktualisiert am 31.01.2013, zuletzt geprüft am 09.08.2013.

Bundeszentrale für Politische Bildung (Hg.) (2013): (Spät)Aussiedler (Zahlen und Fakten - Die soziale Situation in Deutschland). Online verfügbar unter <http://www.bpb.de/nachschlagen/zahlen-und-fakten/soziale-situation-in-deutschland/61643/aussiedler>, zuletzt geprüft am 09.08.2013.

Bungartz, J.; Joos, S.; Steinhäuser, J.; Szecsenyi, J.; Freund, T. (2011): Herausforderungen und Potenziale hausärztlicher Versorgung in einer multikulturellen Gesellschaft. In: *Bundesgesundheitsbl.* 54 (11), S. 1179–1186. DOI: 10.1007/s00103-011-1365-3.

Cheraghi-Sohi, S.; Hole, A. R.; Mead, N.; McDonald, R.; Whalley, D.; Bower, P.; Roland, M. (2008): What Patients Want From Primary Care Consultations: A Discrete Choice Experiment to Identify Patients' Priorities. In: *The Annals of Family Medicine* 6 (2), S. 107–115. DOI: 10.1370/afm.816.

Cotten, S. R.; Gupta, S. S. (2004): Characteristics of online and offline health information seekers and factors that discriminate between them. In: *Social Science & Medicine* 59 (9), S. 1795–1806. DOI: 10.1016/j.socscimed.2004.02.020.

Cramer, J. A.; Benedict, Á.; Muszbek, N.; Keskinaslan, A.; Khan, Z. M. (2008): The significance of compliance and persistence in the treatment of diabetes, hypertension and dyslipidaemia: a review. In: *International Journal of Clinical Practice* 62 (1), S. 76–87. DOI: 10.1111/j.1742-1241.2007.01630.x.

Cromarty, I. (1996): What do patients think about during their consultations? A qualitative study. In: *British Journal of General Practice* (46), S. 525–528.

Cronkright, P. J.; DeHaven, K.; Kraev, I. A. (1993): Issues in the provision of health care to Soviet emigrants. In: *Archives of Family Medicine* 2 (4), S. 425–428. DOI: 10.1001/archfami.2.4.425.

Crooks, V. A.; Turner, L.; Cohen, I. G.; Bristeir, J.; Snyder, J.; Casey, V.; Whitmore, R. (2013): Ethical and legal implications of the risks of medical tourism for patients: a qualitative study of Canadian health and safety representatives' perspectives. In: *BMJ Open* 3 (2), S. 1–9. DOI: 10.1136/bmjopen-2012-002302.

Crooks, V. A.; Kingsbury, P.; Snyder, J.; Johnston, R. (2010): What is known about the patient's experience of medical tourism? A scoping review. In: *BMC Health Serv Res* 10 (1), S. 1–12. DOI: 10.1186/1472-6963-10-266.

Dias-Barbosa, C; Balp, M. M.; Kulich, K.; Germain, N.; Rofail, D. (2012): A literature review to explore the link between treatment satisfaction and adherence, compliance, and persistence. In: *PPA*, S. 39–48. DOI: 10.2147/PPA.S24752.

Dowell, J. (1997): A qualitative study of medication-taking behaviour in primary care. In: *Family Practice* 14 (5), S. 369–375. DOI: 10.1093/fampra/14.5.369.

Farmer, R. G.; Sirotkin, A. Y.; Ziganshina, L. E.; Greenberg, H. M. (2003): The Russian health care system today: can American-Russian CME programs help? In: *Cleveland Clinic Journal of Medicine* 70 (11), S. 937–938. DOI: 10.3949/ccjm.70.11.937.

Ferguson, W. J.; Candib, L. M. (2002): Culture, language, and the doctor-patient relationship. In: *Fam Med* 34 (5), S. 353–361.

Frass, M.; Strassl, R. P.; Friehs, H.; Müllner, M.; Kundi, M.; Kaye, A. D. (2012): Use and acceptance of complementary and alternative medicine among the general population and medical personnel: a systematic review. In: *Ochsner J* 12 (1), S. 45–56.

Gandhi, I. G.; Parle, J. V.; Greenfield, S. M.; Gould, S. (1997): A qualitative investigation into why patients change their GPs. In: *Family Practice* 14 (1), S. 49–57. DOI: 10.1093/fampra/14.1.49.

Gascon, J. J.; Sánchez-Ortzn, M.; Llor, B.; Skidmore, D.; Saturno, P. J. (2004): Why hypertensive patients do not comply with the treatment: Results from a qualitative study. In: *Family Practice* 21 (2), S. 125–130. DOI: 10.1093/fampra/cmh202.

Grabbe, L. (2000): Understanding patients from the former Soviet Union. In: *Fam Med* 32 (3), S. 201–206.

Harmsen, J.A.M; Bernsen, R.M.D; Bruijnzeels, M.A; Meeuwesen, L. (2008): Patients' evaluation of quality of care in general practice: What are the cultural and linguistic barriers? In: *Patient Education and Counseling* 72 (1), S. 155–162. DOI: 10.1016/j.pec.2008.03.018.

Harris, P.; Rees, R. (2000): The prevalence of complementary and alternative medicine use among the general population: a systematic review of the literature. In: *Complementary Therapies in Medicine* 8 (2), S. 88–96. DOI: 10.1054/ctim.2000.0353.

Hoffmann, K. (2007): Spätaussiedler und ihre Angehörigen als Patienten im Maßregelvollzug. In: *Psychiat Prax* 34 (7), S. 320–324. DOI: 10.1055/s-2007-986193.

- Horch, K.; Wirz, J. (2005):** Nutzung von Gesundheitsinformationen. In: *Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz* 48 (11), S. 1250–1255. DOI: 10.1007/s00103-005-1153-z.
- Ivanov, L. L.; Buck, K. (2002):** Health Care Utilization Patterns of Russian-Speaking Immigrant Women Across Age Groups. In: *Journal of Immigrant Health* 4 (1), S. 17–27. DOI: 10.1023/A:1013055110631.
- Kirkcaldy, B. D.; Siefen, R. G.; Merbach, M.; Rutow, N.; Brähler, E.; Wittig, U. (2007):** A comparison of general and illness-related locus of control in Russians, ethnic German migrants and Germans. In: *Psychology, Health & Medicine* 12 (3), S. 364–379. DOI: 10.1080/13548500600594130.
- Köberlein, J.; Klingenberg, D. (2011):** Auslandszahnersatz und Dentaltourismus – Zahlungsbereitschaft und Einflussfaktoren auf die Nachfrage nach ausländischem Zahnersatz in Deutschland. In: *Gesundheitswesen* 73 (07), S. e111-118. DOI: 10.1055/s-0030-1254174.
- Kornischka, J.; Assion, H. J.; Ziegenbein, M.; Agelink, M. (2008):** Psychosoziale Belastungsfaktoren und psychische Erkrankungen bei Spätaussiedlern. In: *Psychiatr Prax* 35 (2), S. 60–66. DOI: 10.1055/s-2007-971023.
- Kunz, R.; Cox, M. (2007):** Lehrbuch evidenzbasierte Medizin in Klinik und Praxis. Mit 85 Tabellen. 2. Aufl. Köln: Dt. Ärzte-Verl.
- Lamnek, S.; Krell, C. (2010):** Qualitative Sozialforschung. Lehrbuch ; [Online-Materialien]. 5. Aufl. Weinheim: Beltz (Grundlagen Psychologie). Online verfügbar unter http://www.content-select.com/index.php?id=bib_view&ean=9783621278409.
- Levinson, W.; Kao, A.; Kuby, A.; Thisted, R. A. (2005):** Not all patients want to participate in decision making. A national study of public preferences. In: *J Gen Intern Med* 20 (6), S. 531–535. DOI: 10.1111/j.1525-1497.2005.04101.x.
- Lewis, J. R. (1994):** Patient views on quality care in general practice: literature review. In: *Soc Sci Med* 39 (5), S. 655–670.
- Maio, G. (2008):** Was ist ein guter Arzt? – Ethische Überlegungen zur ärztlichen Identität in ihrem modernen Wandel. In: *Praxis* 97 (11), S. 623–627. DOI: 10.1024/1661-8157.97.11.623.
- Marcinowicz, L.; Chlabicz, S.; Grebowski, R. (2009):** Patient satisfaction with healthcare provided by family doctors: primary dimensions and an attempt at typology. In: *BMC Health Serv Res* 9, S. 63. DOI: 10.1186/1472-6963-9-63.
- Marstedt, G.; Moebus, S. (2007):** Inanspruchnahme alternativer Methoden in der Medizin. Nachdr. Berlin: Robert Koch-Inst (Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 9).
- Mayring, P. (2010):** Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 11. Aufl. Weinheim: Beltz.

- Mold, J. W.; Fryer, G. E.; Roberts, A. M. (2004):** When Do Older Patients Change Primary Care Physicians? In: *The Journal of the American Board of Family Medicine* 17 (6), S. 453–460. DOI: 10.3122/jabfm.17.6.453.
- Murphy, E.; Mattson, B. (1992):** Qualitative Research and Family Practice: A Marriage made in Heaven? In: *Fam Pract* 9 (1), S. 85–91. DOI: 10.1093/fampra/9.1.85.
- Pieroni, A.; Muenz, H.; Akbulut, M.; Başer, K. H. C.; Durmuşkahya, C. (2005):** Traditional phytotherapy and trans-cultural pharmacy among Turkish migrants living in Cologne, Germany. In: *Journal of Ethnopharmacology* 102 (1), S. 69–88. DOI: 10.1016/j.jep.2005.05.018.
- Razum, O.; Geiger, I.; Zeeb, H.; Ronellenfitsch, U. (2004):** Gesundheitsversorgung von Migranten. In: *Deutsches Ärzteblatt* 101 (43), S. A2882 - A2887. Online verfügbar unter <http://www.aerzteblatt.de/v4/archiv/artikel.asp?src=dimdi&id=43977>, zuletzt geprüft: 17.06.2014.
- Remennick, L. I.; Shtarkshall, R. A. (1997):** Technology versus responsibility: immigrant physicians from the former Soviet Union reflect on Israeli health care. In: *J Health Soc Behav* 38 (3), S. 191–202.
- Riens, B.; Erhart, M.; Mangiapane, S. (2012):** Arztkontakte im Jahr 2007 - Hintergründe und Analysen. Online verfügbar unter http://www.versorgungsatlas.de/fileadmin/ziva_docs/14/Arztkontakte_Bericht_Langversion.pdf, zuletzt geprüft am 04.02.2013.
- Rooks, R. N.; Wiltshire, J. C.; Elder, K.; BeLue, R.; Gary, L. C. (2012):** Health information seeking and use outside of the medical encounter: Is it associated with race and ethnicity? In: *Social Science & Medicine* 74 (2), S. 176–184. DOI: 10.1016/j.socscimed.2011.09.040.
- Runnels, V.; Carrera, P.M (2012):** Why do patients engage in medical tourism? In: *Maturitas* 73 (4), S. 300–304. DOI: 10.1016/j.maturitas.2012.08.011.
- Sandelowski, M.; Barroso, J. (2003):** Classifying the Findings in Qualitative Studies. In: *Qualitative Health Research* 13 (7), S. 905–923. DOI: 10.1177/1049732303253488.
- Schneider, J. (2005):** Die Geschichte der Russlanddeutschen. Hg. v. Bundeszentrale für Politische Bildung. Online verfügbar unter <http://www.bpb.de/gesellschaft/migration/dossier-migration/56417/russlanddeutsche?p=all>, zuletzt aktualisiert am 15.03.2005, zuletzt geprüft am 09.08.2013.
- Spielberg, P. (2009):** Medizintourismus. Individuelle Rundumbetreuung erwünscht. In: *Deutsches Ärzteblatt* 106 (47), S. A-2361. Online verfügbar unter <http://www.aerzteblatt.de/v4/archiv/artikel.asp?src=dimdi&id=66854>, zuletzt geprüft am 17.06.2014.
- Theile, G.; Kruschinski, C.; Buck, M.; Müller, C. A.; Hummers-Pradier, E. (2011):** Home visits - central to primary care, tradition or an obligation? A qualitative study. In: *BMC Fam Pract* 12 (1), S. 24. DOI: 10.1186/1471-2296-12-24.

Theisel, S.; Schielein, T.; Spiebl, H. (2010): Der „ideale“ Arzt aus Sicht psychiatrischer Patienten. In: *Psychiatr Praxis* 37 (06), S. 279–284. DOI: 10.1055/s-0030-1248403.

Thom, D. H. (2002): Patient trust in the physician: relationship to patient requests. In: *Family Practice* 19 (5), S. 476–483. DOI: 10.1093/fampra/19.5.476.

Tselmin, S.; Korenblum, W.; Reimann, M.; Bornstein, S.; Schwarz, P. (2007): The Health Status of Russian-speaking Immigrants in Germany. In: *Horm Metab Res* 39 (12), S. 858–861. DOI: 10.1055/s-2007-993153.

van Andel, T.; Westers, P. (2010): Why Surinamese migrants in the Netherlands continue to use medicinal herbs from their home country. In: *Journal of Ethnopharmacology* 127 (3), S. 694–701. DOI: 10.1016/j.jep.2009.11.033.

van Wieringen, J. C.M (2002): Intercultural communication in general practice. In: *The European Journal of Public Health* 12 (1), S. 63–68. DOI: 10.1093/eurpub/12.1.63.

Volodina, A.; Bertsche, T.; Kostev, K.; Winkler, V.; Haefeli, W.; Becher, H. (2011): Drug utilization patterns and reported health status in ethnic German migrants (Aussiedler) in Germany: a cross-sectional study. In: *BMC Public Health* 11 (1). DOI: 10.1186/1471-2458-11-509.

Wensing, M.; Jung, H. P.; Mainz, J.; Olesen, F.; Grol, R. (1998): A systematic review of the literature on patient priorities for general practice care. Part 1: Description of the research domain. In: *Social Science & Medicine* 47 (10), S. 1573–1588. DOI: 10.1016/s0277-9536(98)00222-6.

Wiltshire, J.; Cronin, K.; Sarto, G. E.; Brown, R. (2006): Self-Advocacy During the Medical Encounter. In: *Medical Care* 44 (2), S. 100–109. DOI: 10.1097/01.mlr.0000196975.52557.b7.

Wittig, U.; Merbach, M.; Siefen, R. G. (2004): Beschwerden und Inanspruchnahme des Gesundheitswesens von Spätaussiedlern bei Einreise nach Deutschland. In: *Gesundheitswesen* 66 (02), S. 85–92. DOI: 10.1055/s-2004-812799.

Witzel, A. (2000): Das problemzentrierte Interview. In: *Forum: qualitative Sozialforschung* (1). Online verfügbar unter: <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/1132/2519>, zuletzt geprüft am 17.06.2014.

Wöllenstein, H. (2004): Der informierte Patient aus Sicht der Gesetzlichen Krankenversicherung. In: *Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz* 47 (10), S. 941–949. DOI: 10.1007/s00103-004-0911-7.

Zeeb, H.; Baune, B. T.; Vollmer, W. (2004): Gesundheitliche Lage und Gesundheitsversorgung von erwachsenen Migranten - ein Survey bei der Schuleingangsuntersuchung. In: *Gesundheitswesen* 66 (02), S. 76–84. DOI: 10.1055/s-2004-812825.

7. Anhang

7.1. Interviewleitfaden

Deutsches Gesundheitssystem

- Wie zufrieden sind Sie mit der Gesundheitsversorgung?
 - Was finden Sie gut oder schlecht?
- Was würden Sie sagen, kennen Sie sich gut mit den Möglichkeiten der deutschen Gesundheitsversorgung?
 - Vorsorgeuntersuchungen? Krankenversicherung? Freiwillige Zusatzversicherungen wie z.B. Zahnersatz
- Über wen informieren Sie sich?

Erfahrung und Erwartungen: Hausarzt

- Seit wann sind Sie in Behandlung bei Ihrem Hausarzt? Haben Sie schon mal den Hausarzt gewechselt? Wie zufrieden sind Sie? Was gefällt Ihnen an Ihm / Ihr? („menschlich“, professionell: Behandlung, technische Ausstattung)
- Bei welchen Beschwerden suchen Sie einen Arzt auf? Welche Chronischen Beschwerden / Krankheiten haben Sie? Wie lange bestehen diese schon?
- Gehen Sie zuerst zum Hausarzt und lassen sich bei Bedarf überweisen oder gehen Sie gleich zu einem Facharzt?
- Wie oft gehen Sie zum Hausarzt wegen Ihrer lang anhaltender Beschwerden? Sind Sie mit der Behandlung dieser Beschwerden zufrieden?
- Halten Sie sich an die Anweisung? Finden Sie die Behandlungsanweisungen immer sinnvoll? Überlegen Sie sich Behandlungsstrategien auch ohne Arzt?
- Erleben Sie irgendwelche Schwierigkeiten, wenn Sie zum Hausarzt gehen?
 - Verständnis, Erklärungen? Arzt-Patient-Kontakt?
- Wenn Sie die Macht hätten etwas zu ändern, was wäre anders geworden?
- Was stellen Sie sich unter einem idealen Hausarzt vor?

Eigeninitiative, Compliance

- Haben Sie sich schon mal im Ausland ärztlich behandeln lassen? Auch wegen der oben genannten Beschwerden? Warum? Waren Sie zufrieden? Wenn nicht, würden Sie das machen? Was erhoffen Sie sich dadurch?
- Verwenden Sie Naturheilmittel oder andere Heilverfahren? Informieren Sie sich, über die Heilangebote oder Ratschläge aus dem Fernsehen oder Zeitschriften? Verwenden Sie diese auch? Wird ihr Arzt darüber informiert.
- Beratschlagen Sie sich mit ihren Verwandten und Bekannt über die Gesundheit?

Abschluss

- Gibt es vielleicht noch etwas, was Sie gern zum Thema ansprechen würden?

7.2. Informationsblatt Arzt



Philipps-Universität Marburg

Fachbereich Medizin

Studie

Abteilung für Allgemeinmedizin, Präventive
und Rehabilitative Medizin

Interkulturelle Medizin:

Karl-von-Frisch-Str. 4, 35043 Marburg

Spätaussiedler in der Hausarztpraxis

Tel.: 06421-28-65120

Informationsblatt für Ärzte

Liebe Kollegin, lieber Kollege!

Im Rahmen eines von BMBF (Bundesministerium für Bildung und Forschung) geförderten Projektes der Abteilung Allgemeinmedizin der Philipps-Universität Marburg bitten wir Sie, an unserer Studie „**Interkulturelle Medizin: Spätaussiedler in der Hausarztpraxis**“ teilzunehmen.

In dieser Studie werden nach Deutschland migrierte Patienten aus der ehemaligen Sowjetunion, bzw. den GUS-Staaten mit deutschen Patienten verglichen. Dabei geht es um die Fragestellung, ob sich diese Patientenklientel in ihren Erfahrungen und Erwartungen an ihren Hausarzt unterscheidet.

Die Datenerfassung erfolgt in Form von 20 minütigen offenen Interviews, welche bei den Patienten zu Hause durchgeführt werden. Die erhobenen Daten der Patienten werden

natürlich streng vertraulich behandelt und die Namen der Patienten werden nur in anonymisierter Form geführt.

Die aktuelle Anfrage an Sie bezieht sich auf die deutsche Vergleichsgruppe.

Wir bitten sie, **drei** chronisch kranke Patienten, die in ihrer Praxis hausärztlich betreut werden, auf diese Studie hinzuweisen, ihnen die beigefügten Studieninformationen auszuhändigen und sich von ihnen, sollten sie Interesse an der Teilnahme äußern, von der Schweigepflicht dem Forschungsteam gegenüber entbinden zu lassen. Das ist nötig, damit Sie die Adressen der Patienten an uns weitergeben können. Die Kontaktierung der Patienten und Vereinbarung der Gesprächstermine würde dann von uns aus erfolgen.

Nach einem erfolgten Interview würden wir Ihnen als Hausarzt einen kurzen Fragebogen über die Patienten zukommen lassen, damit auch Sie ihre Sicht der Arzt-Patienten-Beziehung beschreiben können.

Für Rückfragen stehen Ihnen die wissenschaftliche Mitarbeiterin Viktoria Bachmann und der Doktorand Michael Völkner unter der Telefonnummer **06421-28 25163** bzw. **voelkner@students.uni-marburg.de** zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

Prof. Dr. med. N. Donner-Banzhoff, M.H.Sc, Arzt für Allgemeinmedizin

7.3. Informationsblatt Patient



Philipps-Universität Marburg

Fachbereich Medizin

Studie	Abteilung für Allgemeinmedizin, Präventive und Rehabilitative Medizin
Interkulturelle Medizin:	Karl-von-Frisch-Str. 4, 35043 Marburg
Patientenzufriedenheit	

Tel.: 06421-28-65120

Sehr geehrte Dame, sehr geehrter Herr,

Im Rahmen eines Projektes der Abteilung Allgemeinmedizin der Philipps-Universität Marburg suchen wir Teilnehmer für eine Studie zum Thema „Patientenzufriedenheit“.

In dieser Studie sollen die Erfahrungen chronisch kranker Patienten mit der hausärztlichen Versorgung untersucht werden. Wir würden Sie gerne über Ihre früheren und aktuellen Erfahrungen und Erwartungen als Patient / Patientin befragen.

Dazu würden wir Sie ca. 20 Minuten bei ihnen zu Hause interviewen und Ihre Antworten mit einem Tonbandgerät aufzeichnen.

Für die Erhebung und Auswertung dieser Daten benötigen wir natürlich Ihr Einverständnis. Wir sichern Ihnen zu, dass alle Ihre persönlichen Daten nur pseudoanonymisiert erfasst und verarbeitet werden. Das heißt, dass lediglich eine

Kennnummer und nicht ihr Name gespeichert wird, um eine Zuordnung zur jeweiligen Untersuchungsgruppe (Arzt, Patient) zu ermöglichen.

Nach erfolgreichem Interview würden wir gerne Ihren behandelnden Hausarzt bitten, uns Ihre Diagnose(n) sowie seine subjektive Einschätzung der Behandlung, mitzuteilen. Hierzu möchten wir Sie bitten, Ihren Hausarzt uns gegenüber von seiner ärztlichen Schweigepflicht zu entbinden. Ein entsprechendes Formular wird Ihnen beim Interview ausgehändigt

Die Teilnahme an der Studie ist freiwillig, Sie können jederzeit und ohne Angabe von Gründen Ihre Einwilligung widerrufen, ohne dass Ihnen daraus Nachteile entstehen. Alle erhobenen Daten werden dann sofort vernichtet.

Sollten Sie chronisch erkrankt sein und Interesse haben an unserer Studie teilzunehmen oder falls Sie weitere Rückfragen haben melden Sie sich doch bitte bei Frau Dipl.-Psych. Viktoria Bachmann unter Tel. 06421-28 65120 oder dem Doktoranden Herr Michael Völkner unter 0176 64184689 oder voelkner@students.uni-marburg.de

Wir danken Ihnen für Ihre Mitarbeit!

7.4. Einverständniserklärung Patient



Philipps-Universität Marburg

Fachbereich Medizin

Studie	Abteilung für Allgemeinmedizin, Präventive und Rehabilitative Medizin
Interkulturelle Medizin:	Karl-von-Frisch-Str. 4, 35043 Marburg
Patientenzufriedenheit	

- Einverständniserklärung -

Tel.: 06421-28-65120

Ich, _____, wurde heute vollständig über Wesen und Bedeutung der oben genannten wissenschaftlichen Untersuchung aufgeklärt. Ich habe den Aufklärungstext gelesen und verstanden. Ich hatte die Möglichkeit, Fragen zu stellen und habe die Antworten verstanden. Ich hatte ausreichend Zeit, mich für oder gegen die Teilnahme an dieser Studie zu entscheiden und weiß, dass die Teilnahme freiwillig ist. Meine Zustimmung kann ich jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen. Ich weiß, dass meine persönlichen Daten in verschlüsselter Form gespeichert werden.

Ich habe eine Kopie der Teilnehmerinformation und Einverständniserklärung erhalten und erkläre mich hiermit einverstanden, an der klinischen Studie: "Russlanddeutsche Patienten in der hausärztlichen Praxis" teilzunehmen.

Ort, Datum
(Teilnehmer)

Name

Vorname

Unterschrift

7.5. Entbindung der Schweigepflicht



Philipps-Universität Marburg

Fachbereich Medizin

Studie

Abteilung für Allgemeinmedizin, Präventive
und Rehabilitative Medizin

Interkulturelle Medizin:

Karl-von-Frisch-Str. 4, 35043 Marburg

Patientenzufriedenheit

Tel.: 06421-28-65120

Schweigepflichtentbindung

Hiermit entbinde ich

Frau/Herrn

(Name der Ärztin/des Arztes)

.....

(Straße und Ort)

von ihrer/seiner Schweigepflicht, gegenüber

dem Studienteam „Interkulturelle Medizin“ der Universität Marburg, soweit es sich um Fragen im Zusammenhang mit der Studie „Interkulturelle Medizin: Patientenzufriedenheit“ handelt.

Ich bin über den Inhalt des Fragebogens „interviewphase_ärzte“ informiert worden und hatte die Möglichkeit, Fragen zu stellen und habe die Antworten verstanden. Ich gebe mein Einverständnis, dass dieser Fragebogen an meine(n) behandelnde(n) Hausärztin/Hausarzt geschickt wird und von der Hausärztin / vom Hausarzt ausgefüllt und an das o.g. Studienteam weitergegeben wird.

.....

(Ort, Datum)

7.6. Codebaum

1. Hausarzt
 - 1.1. Der ideale Hausarzt
 - 1.1.1. Strukturell
 - 1.1.2. Menschlich
 - 1.1.3. Fachlich
 - 1.2. Zufriedenheit mit dem Arzt
 - 1.2.1. Strukturell
 - 1.2.2. Menschlich
 - 1.2.3. Fachlich
 - 1.3. Erster Ansprechpartner im Krankheitsfall
 - 1.4. Arztwechsel
 - 1.4.1. Gründe für Arztwechsel
 - 1.5. Hausarzt-Bindung
 - 1.6. Schwierigkeiten im Umgang
 - 1.6.1. Ja
 - 1.6.2. Nein
 - 1.7. Negativerfahrungen
 - 1.7.1. strukturell
 - 1.7.2. Menschlich
 - 1.7.3. Fachlich
 - 1.8. Verbesserungswünsche
 - 1.8.1. Arzt-Patienten-Interaktion
 - 1.8.2. Praxismanagement
2. Patienten
 - 2.1. Chronische Erkrankungen
 - 2.2. Inanspruchnahmeverhalten
 - 2.2.1. Anlass für Arztbesuche
 - 2.2.2. Häufigkeit der Arztbesuche
 - 2.3. Compliance
 - 2.3.1. Verhaltensänderung
 - 2.3.2. Medikamenteneinnahme
 - 2.4. Eigeninitiative
 - 2.5. Nutzung alternativer Heilmethoden
 - 2.6. Bestehendes Gesundheitssystem

- 2.6.1. Zufriedenheit
 - 2.6.2. Unzufriedenheit
- 2.7. Behandlung im Ausland
 - 2.7.1. Gezielte Nutzung
 - 2.7.2. Überlegung
 - 2.7.3. Erfahrung
- 3. Informationen zur Gesundheit
 - 3.1. Gründe für mangelnde Informiertheit
 - 3.2. Informiertheitsgrad
 - 3.3. Quelle
 - 3.4. Einfluss von sozialen Netzen
 - 3.5. Informationen zu den Themen
 - 3.5.1. Krankenkasse
- 4. Sonstiges

7.7. Tabellarische Stichprobenbeschreibung

	Code [§]	Alter ^{&}	Geschlecht	Berufstätigkeit [§]	Interviewdauer [#]
M1	EH100809	61	m	7	01:20
M2	GH140809	36	w	2	01:05
M3	RL191109	73	m	6	01:20
M4	SR301109	54	w	3	01:40
M5	IG181209	67	m	6	01:10
M6	IY181209	64	m	6	01:20
M7	NA070110	32	w	8	00:50
M8	RK160110	29	m	1	00:55
M9	IU180110	41	w	8	01:20
M10	YN180110	58	m	7	01:15
M11	OC190110	76	m	6	00:50
M12	LE190110	73	m	6	00:45
M13	NJ210110	41	w	2	01:35
M14	NE040210	46	w	2	01:20
M15	TH180210	59	w	1	01:40
M16	EY020310	52	m	1	01:25
M17	IG050310	56	w	1	00:40
M18	NI050310	58	w	1	00:55
M19	NN050310	35	w	1	00:40
M20	OI050310	59	m	7	00:55
M21	NL060310	57	w	2	00:30
M22	NN060310	38	w	2	00:45
M23	OT060310	40	m	1	00:25
M24	RC080310	71	w	6	01:40
M25	AJ200310	62	m	8	00:45
Durchschnitt:		53,5			01:05:00
D1	si210710	76	w	6	00:24
D2	sg260710	73	w	6	00:17
D3	rh280710	63	w	2	00:08
D4	rb290710	70	m	2	00:05
D5	gb290710	67	w	6	00:03
D6	ki290710	78	w	6	00:11
D7	ir300710	68	m	6	00:06
D8	ke160810	60	w	2	00:14
D9	la160810	70	w	6	00:07
D10	rh170810	52	m	9	00:20
D11	ub170810	60	w	7	00:19
D12	in170810	60	m	7	00:24
D13	ki170810	66	w	6	00:19
D14	ih190810	60	w	7	00:08
D15	eu190810	74	m	6	00:06
D16	tu190810	74	w	6	00:09
D17	hh190810	60	m	2	00:26
D18	iy260810	23	m	4	00:10

D19	ty260810	54	w	2	00:07
D20	ry270810	29	m	5	00:17
D21	en070910	69	m	6	00:12
D22	kh141210	58	w	7	00:28
D23	nh141210	51	w	7	00:22
D24	na230211	35	w	7	00:32
Durchschnitt		60,4			00:14:45

§ Verschlüsselung aus Patientenname und Interviewdatum, Details siehe Punkt 2.3.

& in Jahren zum Zeitpunkt des Interviews

§ 1: berufstätig unter Qualifikation; 2: berufstätig nach Qualifikation; 3: Selbstständig; 4: in Ausbildung; 5: Student; 6: Altersrente; 7: Erwerbsunfähig; 8: Aushilfe/Putzen; 9: zuhause;

in Stunden, auf ganze Minuten gerundet

Verzeichnis der akademischen Lehrer

Meine akademischen Lehrer waren in Marburg folgende Damen und Herren:

Aumüller, Bartsch, Baum, K. Becker, S. Becker, Berger, Bette, Bien, Cetin, Czubayko, Daut, Decher, del Rey, Donner-Banzhoff, Ellenrieder, Engenlhart-Cabillic, Feuser, Fuchs-Winkelmann, Frangen, Görg, Gress, Grosse, Grundmann, Grzeschik, Hertl, Hilt, Höffken, Hofmann, Holst, Hoyer, Kann, Kircher, Klose, König, Kolb-Niemann, Koolman, Kühne, Lill, Löffler, Lohoff, Maier, Maisch, Michl, Mittag, Moll, Moosdorf, Mueller, Müller, Mutters, Neubauer, Neumüller, Oertel, Oliver, Opitz, Pagenstecher, Pfingsten, Plant, Renz, Richter, Riße, Röhm, Ruchholtz, Schäfer, Schofer, Schrader, Schütz, Seitz, Sekundo, Steiniger, Vogelmeier, Wagner, Weihe, Werner, Westermann, Wulf, Zettl

Danksagung

Mein besonderer Dank gilt:

PD Dr. med. Stefan Bösner und Dipl. psych. Viktoria Bachmann: Danke für Alles! Ich hätte keine besseren Betreuer finden können! Sei es in unmittelbarem Rat und Tat, Diskussionen, Antworten auf Fragen jeglicher Art und ewiges Korrekturlesen und Verbessern. Ohne euch gäbe es diese Arbeit mit Sicherheit nicht!

Meinen Eltern Elfriede und Hartmut Völkner und meinen Geschwistern Christine, Matthias, Johannes und Reinhard. Danke, dass ihr mich in meiner Entwicklung, meinem Studieren und Arbeiten unterstützt habt! Ohne euch wäre ich wohl nicht der, der ich bin.

Almut, für deine Liebe und die Motivation in der Endphase.

Meinem Freundeskreis, der es immer wieder geschafft hat, mir den Kopf freizuhalten für die wichtigen Dinge des Lebens.

Annette, Kathrin und Beccy, für ungezählte Mittagessen, noch mehr Kaffee/Schwarztee-Pausen und gute Gespräche wenn der Kopf zu sehr schwirrte.

Katha, Marianne, Hendrik und Andi, für Obdach, Speiß‘ und Trank und Unterhaltung während meiner Marburger Intensivwochen.

Hanne, für deinen Schatz an Kontakten, der mir viele Gespräche ermöglicht hat.

Marina und Viktor, für die Innenansicht der russischsprachigen Mitbürger und wichtige Gedankenanstöße.

Meinen 24 Gesprächspartnern und den teilnehmenden Ärzten, besonders Dr. Welf Perschel, Dr. Mathias Brinschwitz, Dr. Alexander Kauka und meinem ehemaligen Hausarzt Dr. Rossi.